DELLA CHIRURGIA IN ITALIA

DAGLI ULTIMI ANNI DEL SECOLO SCORSO FINO AL PRESENTE

COMMENTARIO

DI

ALFONSO CORRADI

in risposta

AL PROGRAMMA DI CONCORSO DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

PER L'ANNO 1870

GIUDICATO DEGNO DI PREMIO

BOLOGNA

TIPI GAMBERINI E PARMEGGIANI

1871.

A DOMENICO PIANI Segretario dell' Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, — ed a GIOVANNI BRUGNOLI Professore di Patologia speciale medica nella R. Università di Bologna.

Voi m' instruiste, Voi m' educaste: agli ammaestramenti della scienza aggiungeste i consigli dell'amicizia, i conforti della benevolenza. Pertanto io ho verso di Voi, egregj maestri ed amici carissimi, cordiale obbligazione.

Concedete che pubblicamente vi esprima cotesti miei sentimenti, poichè la gratitudine non è affetto taciturno ma vivace, che nell'esterna dimostrazione rafferma la cara memoria del benefizio ricevuto. E perchè la dimostrazione sia in qualche modo degna di Voi, che tanto meritate, e proporzionata all' obbligo e desiderio mio, che sono grandissimi, la faccio in capo di questo libro; il quale, se rende servigio alla Scienza, è pur segno di quella gratitudine che tutti dobbiamo alla Patria.

Io sarei ben lieto se ad un tempo avessi potuto soddisfare all' uno ed all' altro debito: in ogni modo Voi accogliete amorevolmente l'offerta, ed all'offeritore continuate la vostra benevolenza.

Così scriveva nel Marzo: ma oggi, ahimè, il mio Piani non è più! Non perciò parmi di dover mutare lo scritto, perchè morte non cancella amore, bensì con la mestizia ne fa più intimo e pietoso affetto.

Alfonso Corradi

Pavia 14 Settembre 1870.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

ANNO XLVII. ACCADEMICO.

La Società Medico-Chirurgica di Bologna già da molto tempo aveva sentito il bisogno che l' Italia per l' interesse delle scienze e dell'onor nazionale avesse una storia critica e comparata dei progressi della medicina e della chirurgia nel corrente secolo, e pose questo soggetto a tema del Concorso pel *Premio Sgarzi* con Programma delli 27 febbrajo 1862: nel Maggio 1865 ripeteva l'invito limitando l' argomento del tema alla sola parte della Chirurgia. Sebbene non vi fosse chi rispondesse all'invito la Società volle ritentare la prova, e nella sua Sessione del 15 Ottobre 1867 deliberò di riunire i fondi dei legati instituiti per premj dai benemeriti socj prof. *Gaetano Sgarzi*, e Dott. *Vincenzo Gajani*, formando un **Premio Straordinario Sgarzi-Gajani** di italiane lire duemila per chi avesse saputo meglio d' ogni altro — *Esporre ed apprezzare la parte che spetta agli Italiani nell' avanzamento della Scienza ed Arte chirurgica, dal principio del Secolo XIX fino al presente* —.

Alla chiusura del Concorso (31 Dicembre 1869) erano pervenute in tutta regola due Opere manoscritte, le quali furono affidate dalla Società per l'esame e giudizio (art. 21 dello Statuto) ad apposita Commissione che nella Sessione del 20 Febbrajo successivo ne diede ragionato rapporto. E relativamente all'Opera N. 2, contrassegnata coll'epigrafe — *Quando un popolo desidera che gli altri tributino onore e giustizia alle sue fatiche, deve cominciare a farsene narratore e descrittore egli medesimo* - Cattaneo — La Commissione, dopo avere a lungo parlato del piano di redazione e delle qualità di questo la-

voro, concludeva che in esso vi ha un merito ed un distinto pregio incontestabile; e quantunque abbia avvertito alcune ommissioni e qualche menda, non cessa dal giudicarlo opera che onora grandemente l' Italia e che soddisfa alle esigenze del Programma. Faceva però notare che in essa non si era trattato dell' Otojatria, dell'Oculistica, dell'Ostetricia, della Sifilologia ecc. avendo dichiarato il suo autore di ritenere che oggi giorno queste parti della Medicina rappresentino specialità distinte che non ispettano alla Chirurgia propriamente detta come oggi è intesa, e della quale sola volle fare oggetto del suo lavoro. A questa annotazione però la Commissione stessa aggiungeva di accogliere per buona la dichiarazione dell'autore e consona all'esigenza del tema. Infine chiudeva il suo rapporto dichiarando che, accettato che fosse il suo giudizio dall'Accademia, essa emetteva il voto che l' autore curasse inoltre che l'opera sua fosse tradotta anche in idioma francese affinchè venisse meglio conosciuta ed apprezzata all'estero pel lustro della nostra Nazione e per onoranza maggiore di chi tanto lodevolmente imprendevala.

La Società dopo la discussione del rapporto e delle sue conclusioni, e dopo avere a partito secreto dichiarato che una Memoria che non tratta degli avanzamenti dell' ostetricia, dell'oculistica, e di altre specialità ha soddisfatto alle esigenze del tema proposto pel Premio straordinario Sgarzi-Gajani, ad unanimi voti giudicava che l' opera sopraccennata segnata N. 2 avea conseguito il Premio Straordinario.

Aperta la Scheda d'accompagno vi si lesse il nome del nostro concittadino e socio corrispondente cav. dott. *Alfonso Corradi* Professore nella R. Università di Pavia.

Una salve d'applausi ripetuti per tre volte ne accolse la proclamazione, e l'assemblea volle che fosse telegrafato al premiato che la Società esultante e plaudente gl' inviava unanimi congratulazioni.

Li 30 Giugno 1870.

IL SEGRETARIO

PROF. GIOVANNI BRUGNOLI.

AVVERTIMENTO

Il tema proposto dall'Illustre Società Medico Chirurgica di Bologna in diverse guise poteva essere svolto e trattato. Giusto è pertanto ch'io dia ragione del modo da me prescelto.

Se le scienze e le arti progrediscono per impulso di grandi maestri e per l'azione continuata di scuole eccellenti, è altresì vero che in fuori di queste e di quelli v' ha l'opera efficace di tutti coloro che, sebbene ossequenti a chi li educava, con esso non si confondono, e liberi si serbano nel proprio lavoro. La forma biografica quindi quanto è acconcia per fare risplendere i meriti singolari di alcuni uomini, altrettanto è disadatta per esprimere quell' intimo movimento della scienza, che risulta dalle forze coadunate de' singoli, ed è appariscente più che dagli atti di ciascuno, dalla somma di tutti. La ripartizione secondo le varie scuole ha il medesimo difetto; anzi questa non sarebbe di verun profitto oggi che l' antica asseveranza dogmatica delle scuole scompare dinanzi alla libertà eclettica delle menti, e lo spirito di universalità della scienza ha tolto i cancelli dell'esclusione delle sette. Non rimaneva perciò che ordinare la narrazione conforme le naturali divisioni della materia: e ciò ho fatto tenendo unita la parte dottrinale alla pratica, che è quanto dire, esposte delle singole malattie le cose che riguardano il loro modo di essere ed i loro segni, scendo a parlare, quando ne sia il caso, delle operazioni e de' diversi espedienti, che occorrono nella cura delle medesime malattie.

Seguendo generalmente la divisione de' grandi sistemi, degli apparecchi e degli organi, da questa mi sono talora dipartito quando il farlo m'è parso contribuisca al miglior andamento del racconto, certi gruppi congiunti per naturali affinità mal soffrendo di essere scissi secondo la ragione anatomica. D'altronde se dall'esatta osservanza della classazione prefissa anche i libri didascalici si scostano per utilità dell'insegnamento; tanto più da cotesto rigore può declinare alcun poco un'opera come la presente, la quale, non avendo gl'intendimenti di trattato scolastico, neppure ne tiene gli obblighi. E per vero essa mira ad esporre, non che i progressi conseguiti dalla scienza ed arte chirurgica per mezzo degl'Italiani nel secolo nostro, anche quelle indagini, quelle osservazioni e que' tentativi, che i progressi anzidetti fecero possibili; ovvero che per qualche cagione possono essere fondamento e principio di nuovi avanzamenti quando siano cresciuti di numero, quando siano in tutte le loro pertinenze diligentemente studiati, quando infine sorga mente capace di trar fuori dai molteplici particolari de' medesimi qualche verità, o legge generale.

Se la scienza moderna getta il seme de' futuri incrementi, essa ha radice nel passato. E però discorrendo della chirurgia del secolo XIX non ho potuto non risalire fino agli ultimi anni del precedente; e talvolta ancora mi sono spinto più addietro quando così abbia voluto il dovere di chiarire qualche punto di storia rimasto dubbio, od affatto ignorato.

Per tal modo, se non m'inganno, dalla mia narrazione si scorge sufficientemente non soltanto l'opera speciale de' nostri chirurghi, ma eziandio l'intiero movimento della chirurgia in Italia dallo scorcio del secolo passato fino ad ora. Il modo stesso di narrare, la scelta delle materie è già un giudizio: nondimeno questo ho pur dato quando veniva opportuno; non per altro su tutti i particolari, la qual cosa sarebbe stata impossibile per quelli intorno a cui la sola esperienza può rispondere, e superflua per altri, che sono conseguenze ed applicazioni di dottrine, o di precetti generali. Su questi unicamente, od almeno di preferenza la critica dello storico deve esercitarsi: ma conducendosi in modo che all'opinione sua particolare sovrasti il criterio che sorge dal considerare gli essenziali fini dell'arte, lo svolgimento della scienza nel corso de' tempi, in correlazione coi progressi delle altre parti del sapere, sì nel proprio paese che presso gli altri popoli.

La scienza come ha deposto la superba intolleranza di setta, va perdendo (sia permessa l'espressione) le differenze *geografiche*, che per lo passato erano sì grandi. Nondimeno la scienza serba pur sempre qualche cosa di speciale presso i varj popoli, che svela le qualità intellettuali di ciascuno, come il carattere ne svela le morali. Se questa natura ed effigie indigena sia sempre per durare altrove, non quì, va ricercato; bensì gravemente fallerebbe lo storico che al presente non ne tenesse conto. Ma come fisicamente è più malagevole distinguere le qualità particolari quanto più le generali sono numerose e di molto peso; del pari maggiore è la difficoltà di spiccare le peculiari differenze nell'ordine intellettuale fra nazioni, che per origine di stirpe, per vicinanza di luogo, per consuetudini di vita sono molto affini.

Per queste ragioni, per servire alla brevità, ed anche perchè nella chirurgia francese, specialmente nella parte operativa, si sono specchiate, vogliasi o non vogliasi, tutte le altre nazioni fino almeno a questi ultimi anni; ho giudicato di riferirmi alla medesima ne' confronti, non già in modo assoluto, ma più particolarmente. Se non che, come è ragionevole, il confronto dovea contenersi in guisa da non formare esso stesso doppia storia.

Le diverse cagioni, che impedirono alla scienza ed all'arte di crescere tra noi (giacchè non bastava più mantenere l'acquistato) quanto altrove, furono distesamente esposte nell'Introduzione; dalla quale siccome da tutto il corso dell'opera verrà al lettore fatto manifesto che nè il coraggio per le difficili imprese dell'arte, nè lo studio per le indagini scientifiche mai è venuto meno ne' nostri chirurghi: l'opera loro se non fu sempre peregrina per novità, abbagliante per arditezza, fu maggiormente e continuamente benefica per prudente circospezione. La chirurgia *conservatrice* fra noi ha avuto efficacissimo impulso, non per pusillanimità, ma per razionale considerazione della virtù sanatrice de' corpi vivi. Di fatti uno de' più ardimentosi nostri chirurghi fu, siccome vedremo, promotore delle demolizioni sottocutanee, o sottoperiostee, e dello sgusciamento delle ossa.

La Chirurgia italiana, e ciò merita di essere notato, in mezzo alle garrule ed infruttuose quistioni della medicina teoretica, seppe generalmente tenersi in disparte; anzi essa contribuì a ricondurre i patologi su migliore sentiero. Dal racconto che siamo per fare risul-

terà eziandio che i chirurghi italiani possono ridare all' arte loro l' antico splendore, purchè sappiano maggiormente infondervi lo spirito della medicina sperimentale, e poggiare gl' imprendimenti di quella sullo studio delle evoluzioni naturali de' morbi, e sugli effetti di questi. I quali poi debbono essere indagati non con la scorta di quella gretta anatomia, che si appaga di essere testimone della protervia del male; ma dell'altra che sagacemente scruta le vie ed i modi per cui i processi morbosi per loro stessi e per la soprastante attività dell'organismo vanno a buon fine.

Nè per battere questo cammino dobbiamo mendicare altrove i maestri; Italiani furono i primi che l'additarono: il sommo precetto del *provando* e *riprovando* dalla fisica si distenda nelle mediche discipline, ed alle medesime vada ognora debitamente accomodato. Il grande esemplare dello Scarpa deve stare innanzi alla mente de' chirurghi nostri; siccome quello che mostrò quanto feconda fosse l'applicazione degl' insegnamenti avuti dal Morgagni alla chirurgia, quanto utile fosse aggiungere all'osservazione clinica l' esperimento. La scienza fa ardita la mano, e preserva l' intelletto dalla temerità.

Com' io abbia compiuto il grave lavoro giudicherà l' Illustre Accademia: ben io desidero ch' Essa abbia presente non aver io tralasciato diligenza e fatica per soddisfare il nobile di Lei invito. Nuova era per noi l' impresa, nè da altri tentativi resa più agevole, o meno difficile.

L' Ostetricia, l' Oculistica e l' Otojatria, essendo rami ormai del tutto staccati dal grande tronco della Chirurgia, furono da me ommesse; parendomi appunto che la Società, non avendo aggiunta particolare avvertenza, abbia avuto in mente che il tema abbracciasse soltanto la Chirurgia quale ora viene comunemente compresa.

INTRODUZIONE

1.° Il secolo XVIII ereditava dal precedente le maggiori scoperte della fisiologia, sottili indagini intorno la struttura delle parti, ingegnose esposizioni di sistemi, ed insieme arditi tentativi per assodare la medicina con il metodo sperimentale, e procacciarle l'invidiabile esattezza delle matematiche. Ed in quest'opera, non è d'uopo dirlo, l'Italia più d'ogni altra nazione avea contribuito co' suoi Professori di Padova maestri di Harvey, con l'Aselli, con Malpighi, Borelli, Redi e Baglivi. Ma il seicento trasmetteva poca ricchezza chirurgica: Cesare Magati, Marc' Aurelio Severino, Pietro de Marchettis, Pietro Donis, Fabrizio Hildano sono i migliori chirurghi d'allora. Quel potente e generale impulso, che sì grandemente avea commosso ogni parte del sapere, non era bastato a risvegliare la chirurgia: non ancora era sorto quel complesso di condizioni a questa favorevoli; imperocchè le singole scienze, e la storia lo dimostra, hanno bisogno di particolari opportunità per potere svolgersi e progredire. Se altrimenti fosse non intenderemmo perchè, mentre le une crescono rigogliose, le altre non facciano passo innanzi ed immobili annegbettiscano. E per vero il seicento era troppo immerso nelle quistioni della medicina teoretica per volgersi ad altri studj; troppo speculativo ancora per abbracciare con fervore la chirurgia, la quale appunto, perchè delle varie parti della medicina è la più imprendente ed operativa, esige

non soltanto che nelle menti siavi inclinazione alle cose pratiche, ma anche negli animi ardimento a fare.

Nulladimeno il secolo XVIII fin dai primi suoi anni, e più particolarmente nella seconda metà, infondeva alla chirurgia novella vita. *L'arte del tagliare*, affidata dianzi ad ignoranti barbieri, diveniva medicina operativa, che poggiata sull'anatomia e con la scorta della fisiologia e della patologia procedeva ardimentosa e sicura. L'umile Collegio di S. Cosma mutavasi in Accademia di Chirurgia, e questa, più che per decreto di Re, per consenso unanime alla Facoltà medica tenuta pari.

II.° Nella nobile gara l' Italia nostra mostrossi onorevolmente insieme alla Francia ed all' Inghilterra; che se le scuole sue non giunsero alla celebrità delle emule, non fu tanto per colpa degl' istitutori, quanto per avversità de' tempi: ma di ciò poco appresso. Intanto, affinchè meglio s' intendano le sorti della Chirurgia negli anni ai nostri più vicini, giova far cenno de' migliori chirurghi italiani nel secolo passato, raccogliendo i medesimi sotto le diverse Scuole a cui eglino diedero vita, o delle quali furono principale ornamento.

La scuola di S. Maria Nuova, preparata dal Redi e dal Cocchi, cominciava il suo tirocinio chirurgico, o per meglio dire lo rinnovava col Benevoli, che in quello Spedale ebbe ufficio di oculista e di erniotomo (1). Antonio Benevoli era oriundo di quella Norcia, che per tanto tempo seppe serbarsi il segreto di delicate operazioni: scrisse principalmente su la sede della cataratta, sugl'indurimenti del *veru montanum* e la formazione delle ernie (2). Mostrò l'utilità della dilatazione per mezzo delle candelette ne' restringimenti dell' uretra; avviò i chirurghi a meglio studiare le affezioni di quel canale e della prostata: se fu peritoso nell' operare, fece vedere come con semplici mezzi ed anche naturalmente gravi offese possono risanare. Egli spianava la via alla scuola dei Nannoni, compilando gl' insegnamenti

---

(1) Il Granduca Ferdinando I negli ultimi anni del cinquecento aperse una pubblica scuola di Chirurgia nello Spedale di S. Maria Nuova, la quale nella seconda metà del seguente secolo ebbe buoni maestri, e ottimi discepoli siccome l'Alghisi ed il precitato Benevoli. Avea anche un libro di testo, l'*Istituzione alla Chirurgia* di Bernardino Falcinelli, pubblicato a Firenze nel 1688.

(2) Lettera sopra due osservazioni fatte intorno alla cateratta. Firenze 1722. — Nuove proposizioni intorno alla caruncola dell'uretra detta carnosità. Firenze 1724. — Dissertazione sopra l'origine dell'ernia intestinale, aggiuntevi 40 Osservazioni. Firenze 1744.

che Cesare Magati, e prima ancora Bartolomeo Maggi di Bologna, Michelangelo Biondi di Venezia e Filippo Palazzi di Perugia aveano lasciato intorno la cura delle ferite. Metodo di cura che con tutta verità può dirsi italiano, conciossiachè il milanese Lanfranco, chirurgo del XIII secolo, si rese felice nella pratica per aver abbandonato l'uso delle taste e degli unguenti, servendosi del più semplice metodo di medicare. Angelo Nannoni si persuase che la natura dev'essere secondata e qualche volta ajutata; e però egli si proponeva di abolire più placidamente che fosse possibile, quel che ha cambiato natura, e quel che per altre ragioni pure esiga d'essere abolito. Con questi propositi egli scriveva l'opera sua della *semplicità del medicare* (1). Vi mostrava il danno gravissimo arrecato dall'apertura degli ascessi nati per lentissime congestioni; l'inutilità ed il nocumento consecutivo alle scarificazioni fatte sopra cancrene e sfaceli mentre vanno sempre estendendosi; il molto male che deriva aprendo gli enfisemi; l'abuso delle perforazioni del cranio per i letarghi da causa traumatica; le cautele grandissime nel risolversi ad amputare qualche parte, quantunque molto malata; l'inutilità della legatura di molti vasi sanguigni in circostanza di ferita; il danno che produce l'apertura dei seni o fistole accompagnate da grand'infiammazione, e da copiosi ammarcimenti. Le piaghe non le imbrattava con olj, balsami e resine; non le infocava con fluidi spiritosi; ma con medicamenti puramente difensivi ed assorbenti, e con ammollienti conduceva il più delle volte la cura loro al miglior termine. Potess'io difendermi dall'aria, come mi so difendere dai medicamenti nocevoli, ripeteva egli sovente; imperocchè egli teneva l'aria, *fatta insana mercè le infinite emanazioni ed esalazioni*, per nostro indomabile nemico.

Il figliuolo Lorenzo, celebrando le lodi del padre, ne encomiava i precetti (2): da lui attingeva la semplicità nel medicare, rendendola poscia più ragionata ed evidente con la sua lunga pratica; nella quale fu eccellente anche perchè, destro ed imperterrito operatore, portò la mano dove il padre non avrebbe rischiato. Esperto nell'anatomia e nella zootomia, scrisse su queste materie un trattato (3), e fe'

(1) Divisa in 3 Tomi e stampata nel 1761, 74 e 76.

(2) Elogio del Professore di Chirurgia Angiolo Nannoni composto dal di lui figlio Lorenzo e letto dal medesimo la mattina del dì 21 Maggio 1790. Firenze 1790.

(3) Tre vol. in 4.º con rami. Siena 1788.

argomento del suo primo lavoro *la rigenerazione delle parti similari*, e dei nervi soprattutto, che dimostrò con esperimenti sopra molti animali veramente accadere, per modo che le parti recise del nervo si ricombinavano mercè nuova sostanza nervea (1). Di cotesta unione della chirurgia con la fisiologia fu egli sempre sostenitore; e però in ispeciale orazione discorreva dell'Accademia fisiologico-chirurgica tenuta nel Arcispedale di Firenze (2): ma l'opera sua maggiore è il *Trattato di materie chirurgiche*, che il Dott. SANTARELLI di Forlì ristampava, aggiungendovi molte note, a Pisa nel 1793. Con LORENZO NANNONI la Scuola di S. Maria Nuova raggiunse il massimo splendore. Ne uscivano buoni chirurghi e diligenti scrittori (3); tra' quali vanno distinti il TABARRANI per le diligenti sue indagini anatomiche e chirurgiche, il CAVALLINI per la pregevole sua collezione di casi chirurgici (4). Il Veneziano GIANO REGHELLINI autore di curiose osservazioni (5), i due Cremonesi BIANCHI e SONSIS e molti altri medici della Lombardia e del Veneto colà si educarono. Così pure CAMILLO BONIOLI di Lonigo, che poscia in Padova insegnò e praticò chirurgia seguendo i precetti Nannoniani.

III.° Meno antica della Fiorentina la Scuola Bolognese salì per altro sin dai primordj in molta riputazione. Essa ebbe principio (non contando l'antichissima del trecento, e neppure l'altra del secolo XIV) col VALSALVA, allorquando questi, morto nel 1723, stette per cinque lustri medico-chirurgo primario nell' Ospedale di S. Orsola. E veramente capo-scuola può dirsi il valente anatomico Imolese, perciocchè nel medicare e nell'operare introdusse inusitata semplicità, gentilezza e bravura. Nel sommo MORGAGNI leggonsi le lodi del VALSALVA non soltanto di eccellente anatomico, ma eziandio di chirurgo peritissimo; chè spesse volte « illa quae alii, et praestantes quidem vi-

---

(1) Rigenerazione delle parti similari costituenti il corpo umano. Milano 1781. (Opusc. scelti di Milano V 108). — Traduzione latina con aggiunte del Dott. Mauro Sarti di Russi (Milano 1782). — Mem. sulla rigenerazione dell'umor vitreo, e della corda magna (Opusc. scient. di Milano. A. 1786).

(2) Firenze 1797.

(3) *Lomi Ippolito,* Lezioni di Chir. Firenze 1769. — *Romiti Ant.*, Osservaz. chir. Firenze 1779. — *Cagnacci Pietro,* Mem. chir. Arezzo 1791. — *Nocentini Niccolò*, Raccolta di Osserv. ed operaz. chir. Perugia 1808. (Questa Raccolta dev'esser molto rara, giacchè nè a Firenze. nè a Pisa e neppure a Perugia potè trovarsi).

(4) Collez. istor. di casi chirurg. T. 2 Firenze 1763-64.

(5) Osservazioni sopra alcuni casi rari medici e chirurgici. Venezia 1764.

« ri, frustra conati, in desperatis reliquerant, nova ipse arte, nec.
« postquam vidisses difficili, confecit ex sententia (1) ».

Maggiormente poi s'accrebbe il lustro della scuola quando nel 1742 venne eretta la cattedra destinata ad esercitare i giovani nelle operazioni chirurgiche sopra i cadaveri. Al quale insegnamento, del tutto nuovo in Italia, fu chiamato PIER PAOLO MOLINELLI: ei l'inaugurò con isplendida orazione (2), ed i buoni precetti confermò con le egregie opere. Giovinetto ancora raffermava le esperienze del VALSALVA per le quali dimostravasi le lesioni di un lobo del cervello portare la paralisi alle parti opposte del corpo; e narrava il caso d'un calcolo escito per il perineo spontaneamente apertosi (3). Quindi correggeva il modo proposto dal PETIT per curare la fistola lagrimale; mostrava senza sutura potersi agglutinare le parti divise del tendine d'Achille; esponeva un caso di lussazione dell'osso ioide da lui felicemente ridotta (4). Importanti poi le osservazioni anatomo-patologiche e gli esperimenti fatti per meglio chiarire le alterazioni, che susseguono alla ferita dell'arteria operando il salasso, e per ispiegare come senza danno insieme al vaso aneurismatico possa legarsi il nervo vicino (5). L'Haller chiamò *eximius libellus* la dissertazione *de bracchii aneurysmate e laesa in mittendo sanguine arteria* del MOLINELLI; e similmente *bonum opus* chiamò le altre di GAETANO TACCONI, nelle quali quest'anatomico e chirurgo Bolognese narra le curiose osservazioni da lui fatte sopra varj tumori erniosi, e porge il frutto de' suoi lunghi studj intorno le fratture del cranio e d'altre ossa, ed il loro ferruminamento. Della quale riparazione quegli s'accorse (particolarmente per ciò che vide succedere nel foro lasciato dal trapano da lui felicemente adoperato in un caso di frattura del cranio) il periostio essere strumento principale. Vid'egli infatti fibrille d'aspetto carneo e tendinoso nascere più che dalla dura madre dal pericranio, intrecciarsi insieme e compenetrate da un sugo osseo

---

(1) De vita et scriptis Antonii Mariae Valsalvae commentariolum Joan. Bapt. Morgagni. (In: *Valsalvae*, Opera Venet. 1740 T. I).

(2) Ad publicam chirurgicarum operationum in cadaveribus ostensionem Oratio. Bononiae. 1742.

(3) Bonon Instit. Comment. I 139, 151.

(4) Ibid. II 161, 189 P. II 1.

(5) T. II P. II 65.

trasformarsi prima in callosa e poscia in ossea sostanza (1). E questa sua opinione rassodava egli con nuovi fatti nella dissertazione sulla rachitide, lavoro per altre ragioni ancora degno di essere ricordato (2). Veramente ei non annunciava una novità, perchè osservazioni consimili avea già prima pubblicato il DUHAMEL nelle Memorie dell'Accademia delle scienze di Parigi per l'anno 1741: ma il TACCONI giunse a quelle conclusioni col proprio studio, e senza altrui lumi e consigli. Il qual fatto, avverte il Prof. MEDICI, ricorda l'altro del BAZZANI, che pur fece le sue esperienze sopra la proprietà della radice di robbia di tingere in rosso le ossa degli animali, quando il simigliante osservava in Parigi lo stesso DUHAMEL senza che l'uno dell'altro sapesse (3): fatti entrambi onorevolissimi alla Bolognese Accademia; che nelle predette ricerche di fisica animale gareggiar seppe con una delle più famose società scientifiche del mondo (4). Nemmeno va taciuto quanto il TACCONI scrisse intorno il governo medico e chirurgico delle cangrene, che quasi a modo d'epidemia infestarono Bologna nel bel mezzo del passato secolo (5).

I due RIVIERA abili anatomici e chirurghi, e poscia GIUSEPPE ATTI furono altresì ornamento della scuola Bolognese; alla quale crebbe fama nell'ostetricia GIAN ANTONIO GALLI, ed il celebre GALVANI che a lui successe, e tenne per molti anni con onore e plauso quell'insegnamento.

IV.° Il Novarese CARLO GUATTANI può considerarsi come fondatore della Scuola Romana. Ei cominciò col render negli Ospedali meno composte le medicature, massime nell'ulceri e ferite semplici, ció che avea raccomandato il BAGLIVI, ed anche, ma indarno, prima tentato DOMENICO CECCHINI chirurgo romano di molto credito (6). Riassunse la pratica della litotomia passata nelle mani de' Norcini: fu imprendente ed abile operatore; insegnò come meglio evitare l'offesa de' nervi e de' vasi sanguigni nell'incidere l'esofago per trarne

(1) De nonnullis cranii ossiumque fracturis eorumque conjunctione, itemque de osteocolla, de variis herniis quibusdam etc. Dissert. Bononiae 1751.

(2) Bonon. Instit. Com. T. V. P. II 81.

(3) De ossium colorandorum artificio per radicem rubiae (Bonon. Instit. Comment. T. II. P. II 124).

(4) Compendio storico della scuola anat. di Bologna. Bologna. 1857 p. 284.

(5) De mira cangrenarum frequentia (Bonon. Instit. Com. IV 72).

(6) Difesa de' diritti di Cesare Magati. Roma 1714.

fuori corpi estranei; inventò altresì istrumenti per rendere più facile la pratica di cotest'operazione. L'Accademia chirurgica di Parigi, plaudendo alla proposta ed agli studj del GUATTANI, stampava ne' proprj atti la dissertazione sull'*Esofagotomia* (1). Ma l'opera sua principale è quella intorno la cura degli esterni aneurismi: pose le fondamenta del metodo della compressione, oggi tanto giustamente stimata, e migliorò gli espedienti, suggeriti dal GENGA, per praticarla (2). Del quale BERNARDINO GENGA facciamo qui ricordo, quantunque appartenga agli ultimi anni del seicento, perchè insegnò in Roma; perchè primo sin dal 1672, e però quasi mezzo secolo innanzi a GIOVANNI PALFYN, scrisse intorno l'anatomia chirurgica; perchè non fu schiavo dell'autorità, confutando anzi con singolare audacia gli aforismi chirurgici del venerato IPPOCRATE (3). Al quale proposito ci par debito di ricordare che anche i nostri vecchi anatomici, come il MONDINO, l'ACHILLINI ecc., molto acconciamente facessero seguire all'anatomica descrizione degli organi, l'esposizione delle malattie a cui soggiacciono e delle operazioni relative. Altrettanto facevano i chirurgi; cioè nelle loro opere chirurgiche innestavano l'anatomia: nella chirurgia ad esempio di GUGLIELMO da SALICETO il IV libro, quantunque di poche pagine, è dedicato all'anatomia. Ma sì negli uni che negli altri non v'era l'*Anatomia chirurgica;* soltanto il concetto di essa, od i primissimi rudimenti.

PIER MARIA GIAVINA, ANDREA MASSIMINI, LODOVICO PALLIANI, TOMMASO CELONI fecero onorata la Scuola Romana; ma più d'ogni altro onorolla GIUSEPPE FLAJANI, il quale con gl'insegnamenti e con l'opera mostrò come la terapeutica debba essere semplice e naturale, cioè abbia fondamento nella struttura e fisiologia delle parti, e debba riguardare l'opera della natura nel sanare le offese del corpo per prenderne l'esempio. Se tutti i professori, egli dice avessero ciecamente seguita la dottrina d'IPPOCRATE, e della maggior parte de' suoi commentatori nella cura delle fratture, e lussazioni ci serviremmo tuttora del *banco, dell'ambi, della porta, della scala,* e di molte altre inutili e pericolose macchine; eserciteremmo la professione con le ma-

---

(1) Essai sur l'oesophagotomie (Mem. de l'Acad. roy. de Chirurg. Paris 1757 VIII 365).

(2) De externis aneurysmatibus manu chirurgica methodice pertractandis etc. Romae 1772.

(3) Anatomia chirurgica. Roma 1672. Bologna 1687. — In Hippocratis aphorismos ad chirurgiam spectantes Commentaria. Romae 1694.

ni armate sempre di ferri infuocati; faremmo uso di molti altri rozzi istrumenti; copriremmo le piaghe d'inutili e rancidi unguenti, e renderemmo callose e di lunga guarigione le ferite se ci servissimo tuttavia delle dure taste e frequenti medicature. Le quali parole, che il FLAJANI scriveva nel suo *Nuovo metodo di medicare alcune malattie spettanti alla chirurgia* (1), ricordano in particolar modo, non che il GUATTANI suo maestro ed i migliori nostri chirurghi, lo spirito ardito e novatore di BERNARDINO GENGA. Uomo di molta dottrina e nella pratica esercitatissimo, raccoglieva il FLAJANI in 4 volumi 281 Osservazioni, le quali insieme agli opportuni commenti, ed alle riflessioni di cui sono fornite, oggi ancora, dopo tanti progressi della scienza e dell'arte, possono con frutto essere consultate (2).

V.° Non ostante che l'immortale MORGAGNI, sebbene non Chirurgo, tanto fervore ponesse nel fare risorgere la chirurgia in Italia, Padova non ebbe in tutto il secolo XVIII Scuola propria Chirurgica. Lo SCARPA, affine di meglio addestrarsi nella pratica delle operazioni, passava alcun tempo negli Spedali di Bologna per consiglio di quel sommo suo maestro. Venezia, dopo che la peste del 1630 fece tanta moria ne' chirurgi del suo famoso Collegio, vide l'arte caduta in mano di uno stuolo di barbieri e d'empirici: in tanta abjezione il buon volere e le sollecitudini di SEBASTIANO MELLI e di GIOVANNI MENINI furono utili, ed oggi ancora commendabili (3). Nè in migliore stato era la chirurgia in Napoli quantunque sul declinare del secolo colà nell'anatomia, nella fisiologia e nella medicina splendessero il COTUGNO, il TROJA ed il CIRILLO. Potè soltanto NICOLA FRONCILLO preparare la riforma, che poscia SANTORO, AMANTEA e BOCCANERA effettuarono (4).

VI.° Più fortunata la Lombardia vide per opera di tre grandi uomini sorgere presso che contemporaneamente ed a breve distanza

---

(1) Roma 1786 p. 83.

(2) Collezione di osservazioni e riflessioni di chirurgia. Roma An. IV dell'Era repubblicana, 1800, 1802, 1803.

(3) *Bernardi Franc.*, Prospetto storico critico del Collegio med. chirur. e dell'arte chirurgica in Venezia. Venezia 1797 p. 70 e 72.

(4) *De Renzi,* Elogio storico di Lionardo Santoro. Napoli 1853 p. 17. — *Magliari P.*, Elogio del Prof. Bruno Amantea. Napoli 1854 2.ª ediz. — *Monterossi P.*, Necrologia di Angelo Boccanera (Ann. clin. dell'Ospedale degl'Incurabili. Napoli 1840 VI 227-240).

due scuole chirurgiche, quella di Milano e l'altra di Pavia. Monteggia, rapito prematuramente, ebbe minor parte del Palletta nel rifare luogo d'istruzione l'Ospedale Maggiore di Milano muto da oltre un secolo, e soltanto con Bernardino Moscati, maestro a que' due egregj, svegliatosi dal letargo in cui era caduto da Lodovico Settala in poi. Ma più del nonagenario e fortunato suo compagno, il Monteggia contribuì con le ottime sue *Istituzioni* ad educare la gioventù nostra; e discepoli suoi ponno dirsi anche i chirurghi che oggi onorano la patria comune; perciocchè niuno v' ha di loro che di que' volumi non abbia fatto studio, e studiandoli non abbia imparato. E veramente il Monteggia ebbe la tempra d' ingegno e d'animo che s' addice a chi scriva istituzioni; tal genere di opere volendo, affinchè siano utili e durabili, più che mente inventrice, copiosa dottrina nel raccorre gli studj altrui, sagacità nel giudicarli, ordine e chiarezza nell'esporli. A ciò egli seppe aggiungere le riflessioni ed i precetti che suggerivangli l' indefesso studio, la molta pratica ed esperienza. Il pregio dell'opera del Monteggia maggiormente appare, allora che la confrontiamo con le altre similmente didascaliche, che poc'anzi erano tra noi, e fuori ancora, venute alla luce.

Palletta invece, sebbene vivesse 32 anni in questo secolo, e nel 1820 e 1826 pubblicasse le sue *Exercitationes pathologicae;* può dirsi tutto del secolo passato. Perchè le 400 osservazioni originali, che formano la base di quest' opera, potessero raggiungere lo scopo che si prefiggeva l'autore, cioè di dar modo per chiarire e assodare la patologia tuttora non ben conosciuta di parecchie malattie; sarebbe stato mestieri, dice un suo encomiatore, «rinfrescarle di nuove e recenti osservazioni, coordinarle in modo da chiarire i punti più salienti delle malattie a cui si riferiscono e stenderle con la lingua e lo spirito della moderna patologia, mettendole a livello degl' immensi progressi che questa scienza ha fatto dalla fine del secolo passato al 1825 (1) ». Nulladimeno le Esercitazioni, quali le abbiamo, sono sempre una miniera di fatti fedelmente osservati, e che pur utile sarà di consultare, particolarmente in quella parte che riguarda le malattie dell'anca, argomento dall'autore prediletto, e nel quale spiegò maggior acume e originalità. Cotest'opera, che dovea essere avviamento ad altra maggiore, e meglio ancora l'altra *Adversaria chirur-*

(1) *Porta L.*, Elogio di G. B. Palletta. (Milano 1851).

gica, mostra qual fu veramente il PALLETTA, valente anatomico cioè, intento più ad illustrare la patologia, che a perfezionare e ad accrescere i mezzi dell' arte chirurgica. Il non aver questa quant' era d' uopo curato, senza dubbio fu una delle cagioni per cui la Scuola Milanese non fiorì quanto pareva potesse, posta com' era nel vasto campo dell'Ospedale maggiore della Capitale Insubre, con alla testa l'autore delle dissertazioni sulla Claudicazione spontanea. Oltre ciò PALLETTA non avea le qualità necessarie ad un istitutore; SCARPA invece, che le possedeva, e ne sapeva usare, sollevò, sebbene provveduto di minori mezzi, la Scuola Pavese alla maggior altezza.

Lo SCARPA pubblicò le sue opere chirurgiche all'aprirsi di questo secolo; ma egli, che avea ben afferrato il fondamento vero della Scienza, vide altresì la via che questa avea da percorrere, sentì lo spirito moderno che dovea animare l'arte; lo che appunto il PALLETTA non pienamente comprese. Certamente sarebbe ingiusto ed erroneo giudicare il chirurgo di Milano soltanto da questo ch' ei lodò l' olio e le carni di lucertola nella scrofola; non pertanto con simili proposte quegli diè a vedere di non istimare abbastanza la semplicità nella terapeutica, la critica nell' osservazione. Per questo lato pure ei dovea rimanere inferiore all' emulo di Pavia; il quale in tutti i suoi libri, ma particolarmente in quelli su l'aneurisma, le ernie e le malattie degli occhi, mostrò ch'egli, discepolo eccellente del sommo MORGAGNI, seppe stringere più d'ogni altro intimi legami fra l'anatomia e la chirurgia; ch'egli, amico degli HUNTER, seppe con la scorta della fisiologia e dell'esperimento investigare come le malattie si formino, quale ne sia il procedimento, com'abbian fine e guariscano.

VIII.° In cotesto moderno avviamento della chirurgia GIOVANNI HUNTER ebbe senza dubbio grandissima parte, poichè esso diede poderosa spinta all'anatomia fisiologica e patologica, e sagacemente seppe volger queste in utilità della pratica chirurgica. Togliete dai nostri libri classici quello che spetta ad HUNTER, scriveva il più erudito de' chirurghi francesi vent' anni fa, e vedrete quale vacuo vi lasciate, e quanto largo il posto che quegli si fece nella chirurgia (1). Stima il MALGAIGNE che questa nuova vita la chirurgia ritraesse dal-

---

(1) *Malgaigne*, Essai sur l' Histoire et la philosophie de la Chirurgie (Mém. de l' Acad. R. de Médec. 1847 XIII 32).

la filosofia Baconiana, tenendo egli per fermo che le 6 epoche memorabili, o 6 grandi rivoluzioni, che la chirurgia conta nel corso della sua lunga storia, fossero tutte inspirate da simili rivoluzioni filosofiche. Lasciando da parte la considerazione dell'influsso spesse volte remoto delle varie filosofie nel procedimento delle scienze mediche; lasciando da parte che la filosofia di Bacone non è che l'eco, od il riflesso della filosofia sperimentale di Galileo; il Malgaigne va rimproverato perchè non considerò gl'impulsi e le cagioni più prossime, che nel secolo scorso fecero risorgere la chirurgia. Egli dimentica Morgagni, e l'opera sua immortale nella quale la quarta sezione è quasi tutta dedicata ai morbi chirurgici. Niun libro quanto quello *de sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* ha avuto, se ne eccettui quelli di Galeno, tanta parte ne' destini della intiera medicina: se non che, mentre il medico di Pergamo chiudeva alla scienza il cammino, l'anatomico Forlivese uno ne apriva non tanto nuovo, quanto sì ampio da discoprirvi ognora non più veduti orizzonti. Da per tutto fu compreso dovere l'anatomia patologica essere saldo fondamento della dottrina delle malattie: ed ecco gli *Adversaria chirurgica* del Palletta (1), i *Fasciculi pathologici* del Monteggia (2), le *Observationes pathologicae* del Manzoni (3) le une dietro l'altre uscire e pressochè ad un tempo. Ma l'opera di Morgagni non ispirava soltanto le nostre scuole: le straniere pure ne sentivano l'afflato animatore; perchè in quella con la mente di un sol uomo si esplicava tutta la vita nuova della scienza, da lunga mano preparata dai nostri anatomici e medici seguaci della filosofia sperimentale.

VIII.° Il Piemonte più presto delle altre italiane provincie avrebbe potuto ristorare la chirurgia, se ad Ambrogio Bertrandi fosse stato concesso di formare una Scuola. Ei morì in troppa fresca età; furono a lui avversi i tempi in cui nacque, e gli uomini fra cui crebbe; era arido ed incolto il suolo sul quale sparse il seme del suo sapere. E veramente fu grande jattura; perocchè il chirurgo Torinese alla dottrina, ed all'ingegno accoppiava amore fervidissimo per l'arte. In quell'orazione, da lui recitata al principio del 1758 sopra gli studj della chirurgia, era mostrata la necessità di giovare

(1) Mediolani 1790.
(2) Mediolani 1789.
(3) Veronae 1795.

alla chirurgia con l'ajuto delle scienze accessorie, di illuminare l'arte con lo studio della teorica, ma di una teorica fondata su l'anatomia e la fisiologia. Il Bertrandi, siccome tutti gli altri nostri chirurghi, cominciò per essere anatomico; nè da questi studj giovanili, ei che giovane morì, mai distaccossi; anzi indefessamente attendeva a scrivere un'anatomia geometrica, dove avea in animo di correggere e perfezionare quanto Borelli ha scritto su questa materia nel trattato *de motu animalium*. Ma la morte lo sorprese nella verde età di 43 anni: e niuno in Piemonte seguì, dice il Prof. Pacchiotti, la vasta orma segnata dal Bertrandi, che, come fulgida meteora, nel campo dell'arte chirurgica, sorse, brillò e disparve (1). Ma, se non nella patria dell'autore, fuori e nelle altre parti d'Italia il *Trattato delle operazioni di chirurgia*, che è l'opera principale del Bertrandi, fu subito tenuto in molta stima, tradotto in varie lingue e più volte stampato (2).

Vincenzo Malacarne da Saluzzo avrebbe potuto degnamente continuare l'opera del suo maestro Bertrandi, fornito com'era di mente perspicace, di varie cognizioni, e dell'arte fervidissimo. Ma a lui pure poco propizia fu la fortuna, o piuttosto poco benevoli gli uomini: perciocchè per livore, dicono, d'invidiosi colleghi fu costretto d'uscire di Piemonte, insegnando prima nell'Università di Pavia, poscia, e per più tempo, nell'altra di Padova, che onorevolmente l'accolse. Se il Malacarne di proposito si fosse dedicato alla chirurgia, assai le poteva giovare; ma il versatile suo ingegno lo spingeva a trattare molti e diversi argomenti, sicchè nè tutte le opere cominciate condusse a fine, nè tutte svolse con sufficiente ampiezza. Egli, già salito in riputazione di abile anatomico per iscoperte fatte e per opere pubblicate, in un trattato, che intitolò delle *Osservazioni chirurgiche*, si prefiggeva di educare con precetti ed esempj l'alunno ad essere oculato osservatore sì per conoscere quando, ed in qual guisa i morbi chirurgici assalgono il corpo animale, che per ponderare gli

(1) Della Medicina operat. in Piemonte (Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino VII 204).

(2) Trat. delle operaz. chirurg. Nizza 1763. — Trad. franc. Paris 1769. — Trad. tedesca Wien. 1769. — Napoli 1799 (con l'aggiunta di molte note di Lionardo Santoro: il T. I soltanto). Ivi 1802 (altra ediz. intiera, ma senza note). — Tutte le opere anatomiche e cerusiche del Bertrandi vennero raccolte e pubblicate con note e supplementi da' due suoi discepoli, Gio. Antonio Penchienati e Giovanni Brugnone (Torino 1786-1799 Vol. 11 in 8.°), i quali anche ristamparono con aggiunte il Trattato predetto delle operazioni (Torino 1802 vol. III in 8.°).

effetti, che contro quelli ed in questo producono i medicamenti, andando in traccia delle cagioni della morte nel cadavere, e notomizzandone tutte la parti più minute (1). Quindi, volendo anche che le cognizioni anotomiche meglio servissero alle chirurgiche bisogna, scriveva dapprima i *Ricordi d'anatomia traumatica* (2) ad uso de' giovani chirurghi militari di terra e di marina al servizio della Repubblica Veneta; ne' quali, partendo dalla struttura e dall'officio delle parti, s' ingegna di spiegare le differenti offese, che nelle parti stesse succedono se in vario modo squarciate, rotte o distratte, suggerendo insieme i mezzi più confacevoli per condurre le ferite, le fratture e i dislogamenti a guarigione. Cotesti principj estese egli maggiormente ne' *Ricordi di anatomia chirurgica* (3), dando così vita ad una scienza, se non nuova per la sostanza, nuova per la disposizione e l'applicazione de' fatti che abbraccia; scienza di cui il Genga diè il primo seme, come lo stesso Malacarne ingenuamente confessa, e che poscia dai moderni ebbe invidiabile perfezione.

IX.° Pallucci e Brambilla. Ecco due chirurghi che non uscirono propriamente da una scuola, ned una ne formarono, e che ciò non ostante vennero in fama. Giuseppe Natale Pallucci fu di Firenze, ma esercitò l'arte principalmente a Parigi ed a Vienna: egli è esempio di feracità nell' immaginare espedienti operativi, nell'escogitare nuovi strumenti per l'operazione della cateratta, per la cistotomia, per la cura della fistola lagrimale e dei polipi nasali. Nelle quali invenzioni apparve, anche quando non felice, ingegnoso.

Giovanni Alessandro Brambilla fu maggiormente benemerito. Egli combattè le esagerazioni in cui qualcuno dei discepoli del vecchio Nannoni trascorreva, l'ossequio alle potenze riordinatrici della natura mutando in neghittosa contemplazione (4); pubblicò un *Armamentario*, dove giudiziosa è la scelta degli strumenti (5); diè principio alla storia delle scoperte fatte dagl' Italiani nella fisica, nella medicina, nell'anatomia e nella chirurgia (6): concetto grandioso e che do-

(1) Torino 1784.

(2) Venezia 1794.

(3) 3. Parti. Padova 1801-1803.

(4) Saggio di Rifless. med. chir. Milano 1769.

(5) Instrumentarium chirurgicum. Wien. 1780.

(6) Milano 1777-89 1.° e 2.° vol. il mss., che dovea formare gli altri due volumi, andò smarrito.

vrebb'essere ripreso con più meditato lavoro. Ma il principal merito del chirurgo pavese è di avere sollevato la chirurgia militare dallo stato ignominioso in cui si trovava nel secolo passato: le riforme ed i regolamenti ch'egli dettava per i chirurghi delle milizie austriache, giovarono altresì per quelli degli altri stati, poichè tutti aveano necessità di miglioramenti.

X.° Delle prementovate scuole alcune si spensero, altre continuando si trasformarono, taluna nuova ne sorse. Al Nannoni succedettero il Giuntini, l'Uccelli, e l'Andreini: con quest'ultimo può dirsi avesse fine la vecchia Scuola di Firenze (1). Ma veramente ella s'era già scostata dai principj non che del primo maestro, da quelli medesimi del secondo Nannoni sì in alcune pratiche, che riguardo alle massime cardinali della patologia. L'Uccelli infatti introdusse nel l'insegnamento e nella clinica la dottrina dinamica del controstimolo; laddove che Lorenzo Nannoni troppo era ossequente ai precetti Browniani (2). Sorgeva invece per opera del Vaccà in Pisa una nuova scuola; la quale, aggrandita dalla mano sicura del Regnoli, splendidamente illustrata dalla facondia del Ranzi, prendeva finalmente posto in S. Maria Nuova. Consimile mutamento avveniva in Padova, dove la chirurgia passava dalle mani del mitissimo Bonioli pressochè direttamente (poco ajutandone il trapasso, il Malacarne, il Sografi ed il Ruggieri) in quelle dell' ardimentoso Signoroni. Ciò che Bertrandi non potè conseguire, ottenevano in parte Francesco Rossi e Lorenzo Geri: questi acuto osservatore, pratico prudente, buono ed amorevole maestro; l'altro valente e ardito operatore, perito nelle cose anatomiche e degli sperimenti fisiologici passionatissimo. Nel Geri nocque l'animo peritoso; nel Rossi la soverchia volubilità della mente, la cupidigia di fama e l' egoismo scientifico (3). Il Riberi con minore ingegno, con meno vaste cognizioni, ma con mente più ordinata e fermissima volontà, diè alla scuola Torinese quello splendore,

---

(1) *Landi Pasquale*, Della vecchia e della nuova Scuola Chirurgica fiorentina. Siena 1861.

(2) Il Dott. Nespoli, che fa questo rimprovero al Nannoni (Notizie storiche della Medicina e Chirurgia in Toscana. Firenze 1831 p. 55), rallegravasi che finalmente il sistema antiflogistico fosse adoperato nella cura consecutiva delle grandi operazioni, e nella cura in genere della maggior parte delle malattie, che appartengono, come suol dirsi, all' esterna medicina. E di ciò dava merito all'Andreini. Ma cotesta innovazione, qualunque ne sia il pregio, fu fatta dall' Uccelli, che tenne la clinica e la cattedra di chirurgia sino al 1828.

(3) *Pacchiotti*, Op. cit.

che i suoi maestri non seppero o poterono conferirle, e che da oltre mezzo secolo essa pur sempre attendeva.

Ma non più che questi esempj, non dovendo io, per il piano prefissomi, discorrere delle presenti scuole chirurgiche d'Italia. Tuttavia non so tenermi dal far in proposito alcune riflessioni.

XI.° Poichè la chirurgia non può far a meno del pratico insegnamento, non basta al giovane l'istituzione puramente teorica o la lettura de' libri; ei deve erudire la mente ed addestrare la mano, cogliere la sostanza della scienza ne' suoi principj, lo spirito dell'arte ne' suoi imprendimenti. Nè ciò è fattibile senza scuole aperte da eccellenti maestri. Ma nell'età nostra la scuola non può più concepirsi come perpetua mantenitrice di dogmi e di metodi; questi e quelli si rinnovano, si correggono, si modificano: alcune dottrine, alcune pratiche si allargano e nuove ne ingenerano; altre si restringono o scompajono. La scuola che vuolsi tenere immobile, mentre tutto a lei intorno si muove e progredisce, o che crede muoversi, mentre, specchiandosi nelle proprie opere, sopra sè medesima si raggira; di necessità deve venir meno: l'antica gloria può ritardarne, ma non impedirne la caduta. Le capitali differenze, che un tempo separavano le diverse scuole, oggi non sono, nè potrebbero essere subito che ciascuna presceglie per sè ciò che le altre hanno di meglio: la semplicità del medicare, ch'era cardine dell'antica scuola di Firenze, non è oggi massima da ogni parte seguita? Forse che questa o quella scuola, o non piuttosto l'intiera chirurgia si è proposto come fine supremo di conservare, per quanto è utile ed è possibile, le parti malate? I diarj medici, le facili comunicazioni, i frequenti viaggj fanno ognor più scomparire le differenze, direi locali, e contribuiscono, in quel grado che comporta l'indole ed il genio peculiare delle nazioni, a dare principj universali alla scienza, e provvedimenti comuni all'arte.

Non per ciò si toglie la potenza educatrice della scuola: conformi alla mente ed alla maniera d'operare del maestro, sorgon pur sempre i discepoli. Ma questi non più confondono la loro vita con quello; non è più il Galenismo che involve e in sè rinserra i Galenisti: ciascuno, che n'abbia forza, può scegliersi il proprio cammino, perpetuando la memoria di chi lo educava, se questi gli diè la spinta che mena al discoprimento del vero, e gl'inspirò l'amore per le grandi cose.

XII.° Se non che l'instituzione di buone scuole ed il farle fiorire, non è opera soltanto di egregj maestri: i destini della scienza sono troppo collegati con le condizioni della vita civile e pubblica, perchè della trista sorte dell'una e dell'altra quella non abbia a soffrire. Nè quì occorre ricordare, giacchè tutti n'abbiamo acerba memoria, quale fosse il misero grado dell'Italia per lo passato. Divisi in tanti staterelli l'uno dell'altro per debolezza e gelosia sospettosi, amavan meglio i governanti anche negli studj sopportare la dominazione straniera, che favorire la scienza in cui fosse ombra di carattere nazionale. E però più agevole era a' nostri giorni andare a Parigi od a Vienna, di quello che ad una od altra delle nostre Università più accreditate: anzi l'accedere a queste non era senza pericolo, mettendovi in voce di novatore e sedizioso; siccome avveniva del Professore che saliva in qualche fama ed era ben veduto dalla scolaresca. Il pericolo poi maggiormente cresceva se le opinioni manifestate ne' libri, o nell'insegnamento non erano, secondo che alla censura pareva, *ortodosse*. Il Prof. Filippo Uccelli, per dire di uno, accusato di materialismo, perchè seguace delle dottrine di Gall da lui esposte nel suo *Compendio di Anatomia e Fisiologia comparata*, fu privato nel 1828 di tutti gli officj sì clinici che cattedratici esercitati in S. Maria Nuova. Eh! si che il Governo di Toscana era in fama di liberale.

Parimente mentre che i libri di Francia scendevano senza intoppi fin nelle ultime parti d'Italia, difficilmente le opere de' nostri scrittori si permutavano tra le finitime provincie, ed il più delle volte non sapevasi a Napoli ciò che in Lombardia e viceversa, si facesse. In ogni parte è vero contavamo Accademie; ma forse che quelle degl'Intronati, degl'Insipidi e le altre Colonie arcadiche potevano inspirare nella chirurgia nostra l'operosità e l'ardire che seppe trasfondere nella francese l'Accademia di Parigi? Quanto dunque diversi sono gli effetti delle medesime istituzioni secondo che diversi ne sono gl'intendimenti, e diversi i modi praticati per conseguirli! Le Società poi che mostravano certo fervore, e davan segno di esser a migliori imprese disposte, cadevano come gl'individui in sospezione, quindi era forza piegare sotto la tutela dei *moderatori*.

Avvenne altresì che le nuove dottrine, le quali alla fine del secolo passato e per buona parte di questo commossero la medicina, distogliessero le menti da studj più gravi e proficui; onde che quan-

do appunto oltralpi, ed in Francia particolarmente la chirurgia faceva meravigliosi progressi, noi logoravamo il meglio delle nostre forze in quistioni meramente teoretiche, raggirandoci il più delle volte in quel circolo vizioso di voler provare l'azione del rimedio dalla presupposta natura della malattia, e la natura della malattia dalla presupposta azione del rimedio.

Finalmente, e questo merita di essere notato, ciò che a noi per lo passato fu di gloria e di utilità, divenne poscia dannoso impedimento; voglio dire della condizione pubblica della Chirurgia e de' suoi professori. La quale appo noi fu rispetto alle altre nazioni abbastanza onorevole e decorosa; di modo che non ne vennero le acerrime contese che in Francia tanto conturbarono nella prima metà del secolo scorso gli ordini rivali de' medici e dei chirurghi. Noi pure avevamo i due separati Collegj e ciò d'antichissimo tempo, come in Venezia: non regnò sempre, è vero fra loro la maggior pace. Nulladimeno, poichè la classe de' chirurghi formavasi non semplicemente di barbieri e di flebotomi, ma di licenziati per esami, spesso insiguiti eziandio della laurea medica e filosofica, così la discordia tra i due ceti non fu da noi nè tanta nè sì grave come altrove, per la ragione che quelli pari, o pressochè uguali in dignità, meno disgiunti viveano; niuna cosa essendo che più allontani gli animi da onesto componimento quanto la boria negli uni, e l'abbiezione negli altri. Se altrimenti fosse stato, il celebre Cocchi, ad esempio, non avrebbe cominciato con insegnare medicina teorica a Pisa, e finire con leggere le istituzioni chirurgiche a Firenze; nè si sarebbe accontato col Benevoli e col Nannoni, egli che pur era albagioso, per dar vita alla scuola di S. Maria Nuova. L'Istituto di Bologna accoglieva medici e chirurghi, e pubblicava ne' suoi Commentarj le lodate scritture degli uni e degli altri.

Contenti della parte onorevole ch'era loro fatta, i nostri chirurghi non elevarono le pretese de' loro colleghi di Francia. Se ne' libri condannavano la separazione fra medicina e chirurgia (1); se

---

(1) « Se la divisione di queste due parti (Medicina e Chirurgia) ha per oggetto la perfezione per quanto è possibile, ed i progressi dell'arte, merita ogni lode chi n'intraprende l'assunto, ed allora gli sono egualmente necessarie le cognizioni dell'una e dell'altra scienza per ottenere l'intento. (*Flajani*, Sopra i pregj della Chirurgia e sopra l'educazione de' giovani che s'applicano allo studio della medesima. In: Collezione d'Osservaz. del medesimo I. p. XIV) ».

sostenevano di questa la dignità e persino esagerando coll'Anderlini e col Brambilla (1), la preminenza su quella; in pratica poi s'accomodavano al divorzio, che la consuetudine faceva meno grave. Ne venne pertanto che la chirurgia proseguisse a tenersi come semplice parte della terapeutica; e che i chirurghi pressocchè intieramente de' procedimenti operativi si occupassero; ovvero, e nelle *Instituzioni* del Nessi n'abbiamo la prova, le due parti dell'arte salutare andavano, piuttosto che congiunte, appajate. Lo stesso Nannoni non seppe, o non potè scuotere il giogo; e fino all'Andreini continuò l'usanza, che nelle cose chirurgiche il medico dovesse essere chiamato per le prescrizioni interne (2): nè di meglio facevasi negli altri spedali, in alcuno de' quali la vieta regola continuò anche maggior tempo. Niuno scambio quindi di principj e di propositi era tra medicina e chirurgia; ma semplicemente la chirurgia traeva dalla compagna il fardello, senza neppur levarne la mondiglia, de' rimedj che per bocca si danno.

Aggiungasi il modo non sempre buono tenuto nell'insegnamento: se in S. Maria Nuova i giovani erano educati ad eseguire le operazioni anche sul vivente, in altri Atenei riducevasi l'arte a semplice erudizione; ed a Napoli quando Bruno Amantea tolse il mistero della litotomia, aprendo il così detto *Camerino della pietra*, si gridò allo scandalo, siccome scandalo era in molti luoghi l'assistere a' parti e raccoglierli.

Queste sì diverse cagioni, che in Italia posero ostacolo a' progressi della chirurgia, aveano da essere accennate, affinchè gli uomini savj dar possano equo e discreto giudizio intorno a quanto da noi fu scritto ed operato in prò della scienza e dell'arte chirurgica.

(1) *Anderlini Paul. Andr.*, De Chirurgiae praestantia Oratio. Lauret. 1792 (L'orazione fu recitata nel Novembre 1779). — *Brambilla Gio. Ales.*, Orazione sulla preminenza ed utilità della Chirurgia recitata nel solenne aprimento della nuova cesarea regia Accademia medico-chirurgica di Vienna nell'anno 1785 tradotta dal latino da Francesco Buzzi. Milano 1787.

(2) *Paoli Cesare*, Cenni biografici del Cav. Vincenzo Andreini. Firenze 1848.

I.°

DEL METODO E DELLA PATOLOGIA GENERALE

IN CHIRURGIA

(*Capo* 1.°)

ALLEANZA DELLA CHIRURGIA CON LA MEDICINA

I nostri migliori autori del secolo passato aveano mostrato, e l'abbiamo detto, la necessità che i chirurghi allargassero il campo de' loro studj, acciocchè la chirurgia non fosse più semplicemente opera della mano guidata da nude cognizioni empiriche; bensì arte confortata dall'esperienza e da dottrine razionali. Sollevandosi dalle strette *particolarità* della considerazione esteriore de' morbi, deve il chirurgo, raccomandavano quegli egregj, ascendere alle *generalità* patologiche; ovvero sia apprendere dalla patologia e dalla clinica l'indole, il corso, gli esiti e la cura non solamente delle malattie che siamo soliti riguardare come di dominio della chirurgia; ma delle altre pure, che, quantunque si dicano mediche, sono successioni, complicazioni, o non infrequenti accidenti dei morbi esterni e delle operazioni, che intorno ai medesimi si compiono. Quando il Flajani voleva che il giovane, che per sua elezione s'applica alla chirurgia, avesse fatto gli studj d'umanità, logica, geometria e fisica; ed oltre aver appreso la patria lingua e la latina, avesse sufficienti nozioni di alcune lingue straniere delle più colte nazioni d'Europa, ei certamente non pretendeva nell'alunno tante cognizioni e tanta scienza solamente

per *sostenere il rango e l'onore della Professione* (1): bensì per rendere più facile e ferma l'alleanza della chirurgia con la patologia medica. Il Monteggia fra gli altri meriti ha quello pure di aver avuto di mira che le sue *Istituzioni* fossero l'esempio di un prudente e sincero accordo della teoria colla pratica; *la chirurgia avendo bisogno dei principj medici, quanto la stessa medicina.* Ma come peritoso di quest'ardimento, ei non sa come giustificare la *libertà presasi di entrare in discorso delle mediche teorie* (2). Il Monteggia, a guisa di tanti altri, fu abbagliato prima dallo splendore del sistema di Brown, quindi piegò verso i riformatori, sperando che a quello dovesse venire *un ramo di miglioramento dall'addizione del controstimolo*; dottrina a cui lo Scarpa dava, nè so se propriamente, il soprannome di *nebbiosa.* Ma il chirurgo milanese, sebbene vago de' principj della scuola scozzese e della rasoriana, non li abbracciò sì intimamente da infonderli nelle *Instituzioni*, alle quali per vero dire non fe' che apporli; ne' particolari attenendosi alle regole trovate buone per esperienza e dalla maggior parte de' pratici consentite, ingegnandosi insomma di essere prudente eclettico. Al quale proposito è da notare che i nostri chirurghi generalmente non presero parte nelle dispute, che intorno questo o quel sistema medico con tanto ardore si agitarono negli ultimi anni del passato secolo e in non pochi del presente; ed allora che piegarono alle dominanti dottrine lo fecero con riserbo, persuasi che se *il filo di un sistema ci è pur quasi necessario, questo è uopo cercarlo e tenerlo con cautela e buona fede* (3). Così è che l' Uccelli riguardando la maggior parte delle malattie dipendere da infiammazione, e questa essere sempre l'immediato prodotto, di uno stimolo morboso, sempre d'identica natura; in pratica poi mostrossi temperato seguace del Tommasini, cui dedicava il suo *Anno di Clinica esterna;* libro nel quale con molto calore è mostrata la necessità che lo studio della chirurgia debba andare sempre unito a quello della medicina, perchè unica è l'arte (4). Senza dubbio che non ovunque, nè da tutti si usò ugual moderazione: ma i pochi non fanno regola. Quelle eccessive missioni di sangue, cui non

---

(1) Discorso cit. sopra i pregj della Chirurgia.

(2) Prefazione p. 10.

(3) *Monteggia*, Prefaz. cit. p. 12.

(4) Firenze 1823 T. 2.

di rado susseguiva fortunata guarigione, debbono fare stupire noi che tanto schivi siamo nell'aprire la vena. Nella Clinica del Volpi p. e. in un caso di ferita non penetrante nel petto furono fatti 29 salassi in 25 giorni, togliendo così 20 libbre di sangue. In altro caso di ferita penetrante nel polmone e nella regione epicolica con uscita dell'omento furono fatte 16 cacciate di sangue, dato il tartaro stibiato e l'acqua di lauroceraso. Con ciò si giunse ad abbattere l'insorta *omentitide*, ma non a prevenire fiera pneumonite, per la quale 10 nuovi salassi furono fatti ciascuno per altro non maggiore di 8 oncie (1). Amendue gl'infermi, giovani e robusti, ebbero la ventura di campare.

Cotesti non sono esempj da imitare; sono bensì argomenti della potenza che il corpo nostro ha per conservarsi; efficacia alla quale dobbiamo attendere, e di essa, con riserbo e misura, giovarci tanto nel prescrivere farmaci, che nell'imprendere chirurgiche operazioni. Di tale rispetto troviamo segno colà pure dove maggiormente prepotevano massime contrarie: il Jacopi infatti nel suo *Prospetto della Scuola di Chirurgia pratica*, mostrava che a Pavia erano tuttora vivi gl'insegnamenti del Borsieri, di Tissot, di Giampietro Frank (2).

Di questi medici osservatori, che tanto conto fecero de' lumi che porge lo studio delle malattie esterne per conoscere lo sviluppo ed il corso di quelle che hanno sede nelle parti più recondite: ben si ricordava il Ruggieri mentre a' suoi scolari di Padova ripeteva il detto del vecchio Lanfranco « Sarete medici allorquando conoscerete la chirurgia, e sarete chirurghi dopo di aver appreso la medicina (3) ». Altri considerava come vero progresso della chirurgia il conciliare ne' casi stessi dove il concorso della mano appare indispensabile, l'ardimento chirurgico con quella prudente circospezione che fissa i limiti delle speranze nell'arte di sanare, misurando la possibilità del successo colla resistenza vitale e la capacità de' tessuti di ordinarsi sotto le leggi imposte loro dalla natura (4). I quali voti appajono tanto più degni di ricordo per essere fatti nello stesso anno in cui vedeva la luce altro libro, dove lodandosi le opere di uno de' più stre-

---

(1) An. un. di Med. 1820 XV 209.

(2) Milano 1813.

(3) Dei doveri di chi studia e di chi esercita la medicina. Discorso inaug. Padova 1824.

(4) *De Filippi*. Dello stato attuale della Chirurgia (Bibliot. ital. 1834 LXXVI 234).

nui fautori della dottrina del controstimolo, si deridevano come ignoranti od impotenti coloro, che credevano alle soluzioni spontanee de' morbi, o volevano mettere in servigio dell'arte i poteri riordinatori dell'economia animale (1). Quando poi si pensi qual dominio avesse la dottrina eccitabilistica ne' primi decennj di questo secolo, troveremo degno di lode eziandio il Prof. Venturoli, il quale rendeva conto d'una metastasi accaduta in guisa, che pareva la materia metastatica designasse la strada percorsa (2); malgrado che il dogmatismo della scuola, signora in que' tempi non che di Bologna di gran parte d'Italia, contendesse il trasporto di materia morbifera da una in altra parte del corpo, concedendo soltanto (e la concessione era un errore) le così dette *metastasi d'azione*. Taccio di altre consimili scritture, non perchè senza pregio, ma semplicemente perchè venute appresso, quando già le prevalenti dottrine erano state combattute: e per vero nella polemica il maggior merito é de' primi che l'accendono, il maggiore sforzo essendo ne' primi armeggiamenti. Non so per altro tacere come il Ranzi, quegli che fra i nostri moderni chirurghi ebbe meglio d'ogni altro attitudine per classica dottrina e per ingegno eletto a toccare de' più ardui soggetti della scienza; in una splendida orazione inaugurale si facesse a combattere la scuola vitalistica, e mostrare i pregj della medicina sperimentale (3). Senonchè mentre ei voleva che l'intelletto si avvolgesse unicamente nello studio delle cose, asseverando che la medicina abbia da essere insieme organica e sperimentale, e non altrimenti, metteva i frutti duraturi dell'esperienza in balia delle mutabili sorti di una teorica, perchè anche la scuola organica rispetto ai sommi principj è speculativa.

L'applicazione della patologia generale alla chirurgia suggerì al Prof. Porta un importante studio, e cioè di « tracciare come tema speciale il prospetto delle malattie interne, provocate e riverberate da operazioni, lesioni ed affezioni locali esterne, cercandone coll'esame dei pazienti e dei cadaveri, le ragioni, i luoghi, la manifestazione, le sequele, la profilassi e la cura possibile (4) ». Quattrocento os-

---

(1) *Del Chiappa*, Mem. intorno la vita del Cav. Siro Borda. Pavia 1834.

(2) Opusc. scient. di Bologna. I 169.

(3) Del Vitalismo e della Scuola organica sperimentale. Firenze 1855.

(4) Delle malattie generali interne riverberate da operazioni e malattie chirurgiche locali esterne (Mem. dell'istit. Lomb. 1854 IV. 357.

servazioni dall'autore raccolte in 20 anni di pratica formano la base di questo lavoro originale, che ad un tempo illustra la scienza chirurgica e soccorre l'arte; il chirurgo nulla di più temendo quanto quelle improvvise complicazioni interne, che eccitate dall'operazione sono sì spesso letali. Ma il concetto che il PORTA ha di questi avvenimenti, il modo con cui egli interpreta le successioni morbose non è sempre il migliore. E per vero non può giustamente dirsi *malattia generale interna* la pneumonite o la meningite, che sorge consecutivamente a qualche offesa delle parti esteriori; nè sono *riverberi* i varj modi con cui il morbo si propaga e si diffonde.

Il Dott. PARRAVICINI poco dopo riprese il medesimo argomento: egli credette più opportuno partire dal criterio fisiologico, e dividere i *riflessi irradiati* dalla periferia verso il centro secondo la diversa qualità dei tessuti, sede dell'affezione chirurgica; laddove che il Prof. PORTA si attenne ad una divisione tutta anatomica, meno opportuna a fornire importanti corollarj per la pratica. Il PARRAVICINI, se non compiè il quadro delle associazioni morbose, allargò il campo segnato dal PORTA abbozzando altresì i *riverberi che si svolgono dai visceri verso le parti esterne*. Mostrò di meglio conoscere le attinenze materiali delle *associazioni morbose*, quantunque ci pure troppa parte facesse ai *riverberi* ed alle *riflessioni*, volendo dire delle malattie che susseguono o si collegano ad altre sia esterne, sia interne. Ma il più grave difetto di questo lavoro sta in ciò che le osservazioni anatomiche e patologiche sono per la massima parte sfornite de' ragguagli clinici; che l'autore, in allora giovane medico, non ebbe agio di procacciarsi. Per tale motivo manca il fondamento per giudicare rettamente se i guasti trovati e descritti siano semplice effetto di morbosa associazione, o piuttosto de' rimedj amministrati, delle operazioni eseguite, o di altri accidenti (1).

In ogni modo il concetto dei due lavori è giustissimo e merita considerazione: ben disse il PORTA ch'esso contiene e i germi d'una dottrina patologica nata in paese, la quale sviluppandosi mostrerà la sua importanza. E veramente può dirsi nata in paese, poichè il MONTEGGIA nel capitolo della *Retrocessione* e della *Metastasi* l'iniziava per quanto lo consentissero le cognizioni fisiologiche e patologiche d'allora. Ma

---

(1) *Parravicini Lamb.*, Su le associazioni morbose. Ricerche di Patol. chir. e di Anat. patol. (An. un. di Med. 1855 CLIII e CLIV).

prima ancora che nelle *Istituzioni chirurgiche*, nei *Fasciculi pathologici* il nostro autore vi volgeva la mente ricercando altresì perchè le malattie, che sopravvengono nelle parti interne alle esterne, serbino cert'ordine di successione; perchè vi siano morbi simmetrici, ed altri invece che prediligono piuttosto l'uno che l'altro lato del corpo. Alla *simmetria morbosa* (di cui il Bertrandi e lo stesso Monteggia porgono parecchi esempj specialmente rispetto agli ascessi, siccome il Raynaud ed il Soulier rispetto alla cangrena (1) ed alle esostosi di crescimento) il Samuel cercò recentemente di trovare una spiegazione, ammettendo che le parti omonime ricevano nervi trofici, ossia nervi che presiedono alla nutrizione, i quali partono da un centro comune. Ma innanzi era da mostrare che cotesti nervi trofici esistono anatomicamente distinti.

(*Capo* 2.°)

DEL METODO, DE' MEZZI ED AIUTI PE' QUALI LA CHIRURGIA PROGREDISCE. GLI STRUMENTI CHIRURGICI E L'ANESTESIA.

L'esperimento, come l'osservazione fu da gran tempo giudicato prezioso sussidio per la medicina e più particolarmente per la chirurgia, le potenze meccaniche avendo nelle cose di questa dominazione più diretta e più vasta che non in quelle dell'altra. Ma l'aver fatto del cimento una disciplina governata da particolari avvertenze, è avvenimento molto meno lontano, e può dirsi non cominciasse che quando sorse l'Accademia e Scuola che affermò non altrimenti che *provando* e *riprovando* giudicar si poteva intorno i fenomeni naturali. Più recente ancora è l'applicazione del metodo sperimentale agli studj medici, nè tuttavia lo *sperimentalismo fisiologico* è uscito, dice uno de' più illustri suoi cultori, il Bernard, dallo studio empirico, nè potè ugualmente estendersi a tutti i rami della scienza medica. Così l'industria degli esperimenti in principio ed anche in appresso generalmente si tenne dentro i limiti di quella che allora chiamavasi *Fisica animale*, sintanto che il Malacarne, perspicacissimo

(1) Una storia di cangrena spontanea simmetrica ai piedi, scritta dal Dott. Roviglio, leggesi pure nel Giorn. Ven. delle Scienze mediche per l'anno 1866.

com'era, conobbe quanto profitto ricavare si poteva per lo studio delle ferite dagli sperimenti sul cadavere ripetuti più e più volte nelle diverse membra, nelle articolazioni e negli organi diversi con istrumenti di differente misura, spintivi sempre addentro in varia direzione, e più o meno profondamente (1). Il MONTEGGIA da parte sua asseverava indicibili essere i vantaggi che si ritraggono dagli esercizj fatti nel cadavere della donna con il cadavere del feto, anzi che affaccendarsi ognora intorno alle pelvi imbottite ed ai fantocci, perchè appunto più di qualunque altro esercizio quelli sono simiglianti al vero (2). Della quale importanza della Chirurgia ed Ostetricia sperimentale discorreva altresì con molta dottrina il Prof. G. B. FABBRI in due dissertazioni, che sono fra quelle dell'Accademia delle Scienze di Bologna (3); essendosi egli fin dal 1838 occupato di mostrare come con esperimenti condotti nel cadavere grandemente si possa dichiarare la patologia e la terapeutica delle lussazioni, argomento di cui avremo occasione di parlare più innanzi. Ma la chirurgia, non per ciò che si giova degli esperimenti, deve dimenticare l'altro potentissimo ajuto dell'anatomia patologica; appunto perchè non sempre è dato di fare l'esperimento nelle stesse condizioni nelle quali avviene la malattia. E quantunque le cause di molte malattie chirurgiche, le alterazioni sensibilmente materiali in che molte consistono, gli espedienti usati a vincerle appartengano in tutto od in gran parte al novero dei fatti dell'ordine meccanico, sicchè diventa molto agevole ripetere que' fatti medesimi; nulladimeno anche in questo caso l'esperimento fatto sul cadavere, non può intieramente rispondere a quanto succede nel vivo, non giungendo a colpire che una parte dell'essere del morbo e del suo processo, il meccanismo di sua formazione; non già le complicazioni che talvolta immediatamente sorgono, non le sequele che si aggiungono, onde che variano le indicazioni terapeutiche e gli argomenti con cui queste si adempiono. L'anatomia patologica soltanto può svelarci cotesti mutamenti, che nelle parti vive succedono per effetto dell'offesa dianzi subita:

---

(1) Ricordi d'Anatomia traumatica. Venezia 1794 p. XV.

(2) Arte ostetricia di G. B. Stein, prof. a Marburgo, trad. dal tedesco con aggiunte di alcune osservaz. preliminari di G. B. Monteggia. Milano 1796. — Le esercitazioni ostetriche alla maniera del Monteggia furono introdotte dal Baroni nella Scuola di Bologna, continuate dal Rizzoli, nè mai più dismesse.

(3) T. X p. 41: Serie 2,ª T. II 305.

la quale invece, perchè fuggevole, o perchè si confonde e s'involge nelle altre disordinate mutazioni che vengono appresso, non si discerne chiaramente e nella naturale semplicità, che ripetendo ad arte lo sforzo che la produsse. E però la patologia e la terapeutica non soltanto dell'indagine anatomica, o dell'esperimento; ma dell'uno e dell'altra si giova.

Più sopra avvertimmo lo Scarpa essere principalmente benemerito per ciò che l'anatomia e la fisiologia patologica strinse intimamente alla chirurgia; il quale indirizzo fu seguito, e lo vedremo procedendo innanzi, generalmente da tutte le scuole nostre. Così è che il Prof. Pietro Betti, prendendo a dettare nell'anno 1824 istituzioni chirurgiche nell'ospedale di Firenze, discorreva della *necessità di fondare lo studio della teorica chirurgica sull'anatomia patologica;* ed alle parole facendo seguire i fatti, incominciava il *Museo patologico*, che poscia il Dott. Ferdinando Zannetti grandemente ampliava ed arricchiva descrivendo ed ordinando gli esempj raccolti delle morbose alterazioni; di modo che, veduto ed ammirato da Dupuytren, fu a costui di sprone perchè dotasse Parigi del Museo che oggi porta il di lui nome (1). Bene stava che in Firenze sorgesse sì splendido monumento all'anatomia patologica, poichè tre secoli prima, forse dentro le stesse mura, quella nasceva presaga dei novelli bisogni della medicina e della chirurgia per opera del fiorentino Benivieni. Il Prof. Porta poi continuava onorevolmente in Pavia gl'insegnamenti dello Scarpa. Al Porta difatti la chirurgia italiana deve, oltrechè pregevolissime opere, la fondazione di un Museo presso la clinica di Pavia in sussidio dell'insegnamento teorico-pratico della chirurgia. Le preparazioni, che già ascendono oltre il migliajo e mezzo, si dividono in tre sezioni secondo che riguardano l'anatomia topografica, ovvero le malattie e le operazioni chirurgiche.

I cimenti poi che s'instituiscono negli animali viventi, i fatti che porge la patologia comparata spargono non poca luce sulla natura, sul corso e sull'esito de' morbi; danno luogo ad utili applicazioni purchè sagacemente si tenga conto delle differenze del soggetto, che dà argomento di studio, e dell'altro cui i risultamenti dello studio sono per essere diretti. Le prove fatte dal Troja, dall'antica e

---

(1) *Burci*, Osservazioni intorno al Museo patologico dell'Arcispedale di S. Maria Nuova replicando a quelle del Sig. Dott. Combes (Gaz. Tosc. delle Scienze med. fis. 1843. I n. 14).

dalla moderna Accademia dell' Istituto di Bologna per discoprire come le ossa si consolidino, si formino e si riproducano, mostrano quanto fra noi fosse anche per l'addietro in pregio la fisiologia sperimentale nelle sue applicazioni alla scienza ed all'arte chirurgica. A questo medesimo fine mirarono parecchi lavori di quel sommo zootomo che fu l'Alessandrini. Altri esempj potrei citare per meglio provare come di buon'ora, e prima di molti altri chirurghi stranieri, gl' italiani profitassero de' soccorsi che vengono da cotali ricerche e da studj che allora quasi neppur facevano parte della scienza medica. Così il Cavallini fin dal 1768 instituiva importanti esperimenti intorno l' estirpazione dell' utero, e il modo con cui le parti recise si riproducono e si saldono. Ma di questi e de' consimili tornerà meglio far parola trattando de' casi particolari, a cui i predetti cimenti si riferiscono. Basti per ora il dire in modo generale, che anche in Italia la chirurgia batteva la novella via, e si giovava di tutti que' mezzi che porgono le scienze fisiche, chimiche e naturali oggi tanto meravigliosamente progredite, per render ognor più esatta la diagnosi, per rischiarare l'origine e lo svolgimento de' morbi.

L'arte stessa trasse profitto da tanti studj, perchè niuna cosa v'ha che all'arte rechi maggior beneficio, quanto il levarla dalle mani dell' empirismo, dando all'azione chirurgica la norma dell'intelletto. La mano poi procede spedita e sicura allora che della struttura delle parti ch'essa aggredisce abbia piena cognizione. La perizia anatomica non basta, è vero, per dare abilità chirurgica: valga l'esempio di Alberto Haller, il quale, quantunque tenesse per 17 anni la cattedra d' istituzioni chirurgiche, quantunque le più difficili amministrazioni chirurgiche da quel sommo anatomico che era nel cadavere frequentemente dimostrasse; non pertanto *unquam*, ei medesimo confessa, *vivum hominem incidere sustinui, nimis ne nocerem veritus* (1). Ma d'altra parte è pur vero, che l'abilità chirurgica non può andare disgiunta dalla perfetta cognizione dell'anatomia, se non vuolsi che la temerità prenda posto dell'ardire o la prudenza divenga paura. Mercè gl'insegnamenti dell'anatomia chirurgica non solamente la mano dell'operatore va pronta e ferma là stesso dove maggiore è il pericolo che vasi e nervi vengano recisi; ma anche la diagnosi delle malat-

---

(1) Bibl. chir. II 171.

tie, l'interpretazione di certi loro accidenti, diviene più agevole e precisa appunto perchè la qualità e disposizione de' tessuti, che compongono gli organi, danno alle malattie, che in questi metton sede, forma e caratteri peculiari, persino diversa gravezza; di modo che vengono diverse indicazioni terapeutiche. Certamente che in questo l'anatomia chirurgica non può tener luogo dell'osservazione clinica; ma forse che la stessa anatomia patologica, l'istologia, la fisiologia, l'esperimento pretendon di più? Ogni parte dello studio medico dev'essere diretta ad illuminare l'osservazione clinica, non a soverchiarla, perchè essa è pur sempre la base della patologia.

I perfezionamenti che la meccanica ha recato agli strumenti chirurgici, i nuovi congegni che ha inventato rendono più agevoli e sicure molte operazioni; nondimeno non possono supplire alla squisitezza de' sensi, alla destrezza nelle manualità, che nell'operatore debbon essere insieme ad animo imperterrito, in grado eccellente: qualità queste naturali che l'esercizio può acuire non dare. Quanti istrumenti si possono immaginare senza che l'arte e gl'infermi ne traggan vantaggio! I neccessarj e gli utili ferri, che son pur tanti, e non di più (1): nello stesso modo che dai vecchi antidotarj fu tolto l'ingombro di tanti inutili sostanze per non serbarne che le migliori, e le più attuose. Benchè gl'instrumenti abbiano generalmente pochissima parte ne' sostanziali progressi della chirurgia; nulladimeno troppo sarebbe il dire che qualunque strumento riesce bene nelle mani di abile operatore: ad esempio il trituramento della pietra dentro la vescica non fu possibile, se non quando furono inventati adatti congegni, il cui perfezionamento diè poscia facilità e sicurezza all'operazione. Nell'inventare nuovi strumenti, nel perfezionare gli altri già in uso, i nostri chirurghi furono assai industri. Non sempre, è vero, eglino seppero del tutto spogliarsi della voglia di accrescere senza il bisogno l'armamentario, ovvero di fare ne' nuovi ordigni severchia pompa d'ingegno meccanico. Nulladimeno diedero altresì manifeste prove di ben conoscere che la semplicità e la corrispondenza della forma allo scopo cui debbano servire, agli organi a' quali debbono essere applicati sono i precipui pregj degli strumenti chirurgici. In questa parte ausiliaria della medicina opera-

---

(1) *Burci Carlo*, della necessità di rendere più semplice l'insegnamento delle operazioni chirurgiche (Il Progresso An. II n. 11. — Gaz. med. Toscana n. 3 e 9 A. 1850).

tiva si sono particolarmente distinti l'Assalini, il Signoroni, il Rizzoli e parecchi altri che a suo luogo verranno ricordati. In ciò, e particolarmente i moderni, furono assai ajutati dagli abili artefici che sono in Italia con grandiose officine di ferri chirurgici, le cui manifatture per qualità, costo e pregio di costruzione possono garreggiare con le altre di fabbricatori stranieri (1).

Mutazioni grandissime sono avvenute nella pratica delle operazioni da poichè, passarono già più di 20 anni, l' etere ed il cloroformio vennero adoperati per addormentare il paziente, ond'egli niun senso avesse di dolore mentre il coltello gli recideva le membra, od il fuoco gli consumava le carni. Gli anestetici non solamente hanno fatta benigna e graziosa la chirurgia, ma anche hanno concesso che, lo strazio dell' infermo non più obbligando a far presto, l' atto operativo sia più sicuro ed esatto; che nuove operazioni s' imprendano. Così dal *jucunde* scaturisce inaspettatamente il *tuto*, e s'allarga il campo della terapeutica chirurgica. Inoltre gli anestetici ajutano a chiarire la diagnosi di oscure malattie in molti casi, ne' quali senza di loro l'esperimento sarebbe difficile, molesto o pericoloso: servono altresì a fugare le fallacie de' simulatori.

Niun dubbio che i chirurghi di buon' ora vagheggiassero di far l'opera loro non dolorosa: a ciò li dovea muovere sì la compassione verso gl' infermi, che l'utilità dell' arte. Conciossiachè il dolore come è di tormento al paziente, ben di rado giova all'operatore; anzi questi di quello mai avrebbe bisogno ogni volta che fosse possibile torre di mezzo il sentimento del dolore, rimanendo vigile l' altro più interiore conoscimento che diciamo coscienza: la qual cosa appunto con l'*anestesia locale* possiamo in parte conseguire, ma non ancora così pienamente quanto farebbe bisogno. Col pensiero vennero i tentativi, e noi ci dobbiamo compiacere che Ugo da Lucca, il Vescovo Teodorico e gli altri chirurgi dell' antichissima scuola bolognese fin dal principio del secolo XIII adoperassero la *spongia soporifera* e l'apponessero alle nari fintanto che, per l'odoramento delle sostanze narcotiche di cui quella era imbevuta, *somnus capiat qui incidendus est* (2). Ma veramente l'anestesia chirurgica, come metodo

(1) La fabbrica de' Lollini di Bologna ebbe premj in diverse pubbliche mostre e la grande medaglia d'oro in quella universale di Parigi.

(2) *De Renzi,* Il metodo anestetico nelle operazioni chirurgiche è di origine italiano (Rendic. dell'Accad. med. chir. di Napoli 1850. IV 119).

scientifico, non ebbe cominciamento, se non quando furono scoperte le virtù stupefacenti dell'etere e del cloroformio; quantunque altre sostanze, e particolarmente il gaz protossido d'azoto, fossero suggerite per coprire il dolore durante le operazioni chirurgiche (1). Subito che il Jackson ed il Morton divulgarono l'efficacia dell'etere solforico, i nostri chirurghi con molta sollecitudine s'occuparono di quest' argomento che risuscitava una consuetudine de' loro antenati, ricordata anche dai novellieri tant'era volgare (2), e non si sa come andata in disuso. Quasi contemporaneamente fin dal principio del 1847 i Prof. Riberi, Pertusio, Sperino, Berruti e Cantù adoperarono l'etere nel nostro simile, o ne fecero sperimento negli animali (3). La sezione medica della Società d'incoraggiamento di Milano incaricava una Commissione perchè instituisse studj circa l'applicazione dell'etere solforico alle bisogna chirurgiche (4); altrettanto faceva l'Accademia medico-chirurgica di Napoli estendendo altresì i confronti con esporre gli animali all'azione della mofeta della *grotta del cane* (5). Nel Congresso di Venezia parecchie tornate furono dedicate a discutere le diverse quistioni che intorno la novella pratica allora si facevano: in quel Congresso fu enunciata eziandio l'idea dell'anestesia locale, ma non ebbe seguito perchè non eranvi esperimenti che la mostrassero realmente, nè le menti erano preparate ad accoglierla (6). Il Prof. Panizza cimentava l'etere solforico ne' cani, ne' conigli e ne' corvi per dimostrare che, contro l'avviso d'altri fisiologi, l'apparato encefalo-spinale non sentiva l'azione di tali effluvj, se non dopo che questi erano nel sangne penetrati (7). Il Prof. Porta studiava, posciachè metodi diversi e non pochi conge-

---

(1) Il farmacista Giacomo Cardone sopra sè stesso sperimentava la virtù esilarante del protossido d'azoto; e come ultimo effetto seguivagli profonda sonnolenza di circa due ore (*Brugnatelli*, Giorn. di Fis. e Chim. 1825 VIII 144). Ma ei non avvertiva punto come da quest'azione stupefacente i chirurghi potrebbero giovarsi, la qual cosa invece fu detta dal Davy sin dal 1799.

(2) *Boccaccio*, Giornata IV, Novella X.

(3) Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino A. 1847 e 1848.

(4) Gaz. med. di Milano 1847 p. 169.

(5) *Dorotea, De Renzi, Semmola*, Rapporto di osservaz. e di esperienze istituite adoperando i vapori di etere negli animali e nell'uomo (Rend. dell'Accad. med. chir. Napoli 1847 T. I).

(6) La proposta venne fatta dai Dott. Rossi e Puppi V. gli Atti del Congresso

(7) Gaz. med. di Milano 1847 p. 93.

gni erano stati proposti, il modo migliore di far inspirare l'etere ai pazienti che debbono essere operati, e conchiudeva il metodo della rapida inalazione fatto con le debite regole esser l'unico, che generalmente convenga, perchè il mezzo più blando, pronto, e sicuro; e l'apparecchio semplicissimo della vescica essere per ogni conto preferibile, come quello che meglio soddisfa le indicazioni del metodo predetto (1). Con eguale premura fu provato il cloroformio, il quale ben presto anche da noi fu anteposto all'etere solforico, perchè, meglio tollerato dalla mucosa delle vie aeree, non ha bisogno di particolare apparecchio nell'amministrarlo, perchè infine ha azione più valida e durevole (2). Nè l'innocuità dell'etere rispetto al cloroformio, benchè parecchi chirurghi e soprattutto il Pétrequin ed il Palasciano così sostengano, è dimostrata. Se i casi di morte prodotti dall' etere sono meno numerosi di quelli prodotti del cloroformio, bisogna riflettere che ben pochi adoprano oggi l'etere , laddove che il cloroformio è generalmente preferito. Ma di tali sinistri i nostri chirurghi poco hanno da lamentarsi, sebbene dell'anestesia molto si giovino: la quale buona fortuna è effetto della circospezione e prudenza con cui rimedio di tanto valore è amministrato. Non pertanto può succedere la morte, dopo che l'etere od il cloroformio fu dato, senza colpa del chirurgo; può avvenire per *lento avvelenamento* siccome al Minich fin dal 1847 toccò di osservare senza che dell' infausto accidente potesse, come il Nussbaum crede generalmente succeda, incolparsi la gravità dell'operazione, l'emorragia, od altra complicazione (3).

---

(1) Sui metodi d'inspirazione dell'etere solforico. Pavia 1847.

(2) Il Prof. *Porta*, avendo sperimentato in più di 300 casi il cloroformio senza verun danno, disdiceva la preferenza data per lo innanzi all'etere, come sostanza di azione meno violenta e meno pericolosa (Dell'inalazione del cloroforme. Giorn. dell'Istit. Lomb. 1853 IV 150).

(3) Giorn. per servire ai progressi della Patologia. Venezia 1847. — Oltre i precitati lavori intorno i due principali anestetici, ricordiamo eziandio gli altri di Buffini, Chiminelli, Fornasini (An. univ. di Med. 1847 CXXI e CXXII), Quaglino, Restelli, Tizzoni e Strambio (Gaz. med. di Milano 1847 e Lombarda 1848). De Martino, Grassi (Rend. dell'Accad. med. chir. di Napoli 1847 T. I), Asson (Giorn. per servire ai progressi della Patologia. Venezia 1847), Grimelli (Osservazioni ed esperienze intorno al metodo dell' assopimento animale ed umano con applicazioni mediche e chirurgiche. Modena 1847), Malagodi (Raccoglitore med. di Fano 1847 XIX). ecc.

(Capo 3.°)

INDIRIZZO E TENDENZE DELLA MODERNA CHIRURGIA.

Oggi la chirurgia mira a riunire in sè medesima la somma delle mediche cognizioni. Il chirurgo che tanto si estolle, e che inoltre possiede tutta la parte artistica della chirurgia, può dire che abbia toccato, scrive il Billroth, il termine ideale e supremo che fa corona al fastigio del medico edifizio. Chi mai detto avrebbe che la chirurgia da umile arte di maniscalchi e barbitonsori, poco più che in cent'anni avesse da progredire sì meravigliosamente da credere di poter fissar l'occhio a meta tanto sublime! Ma ad assai pochi verrà dato di giungere a cosi fatta eccellenza, perciocchè voglionsi doti di mente, qualità di animo, attitudine di corpo, che ben di rado trovansi congiunte in un solo individuo. Non già che i chirurghi debbano scindersi in due ordini, di patologi cioè e di operatori, di teorici e di pratici: guaj se ciò avvenisse; la chirurgia ricadrebbe nel medio evo. Piuttosto ciascuno ha da vedere, quando non sia così privilegiato da potere abbracciare con pari potenza sì la dottrina che l'arte chirurgica, per quale di queste due abbia maggior attitudine, e fare della prescelta il campo della propria gloria, senza volger le spalle all'altra, ricordando che la chirurgia è essenzialmente operativa, ma che l'operazione non è l'unico suo fine.

Questo concetto (l' operazione non essere l' unico fine della chirurgia, sebbene di sua natura operatrice) esprime lo spirito della moderna chirurgia meglio ancora che la denominazione di *chirurgia conservatrice;* la quale, oltre che riguarda piuttosto la parte pratica che tutta l' intiera scienza chirurgica, farebbe credere che, oltre il segno conveniente, il chirurgo s' astenesse dal recidere parti, che dannoso sarebbe il conservare; mentre che poi nel fatto vediamo succedere diversamente. E per vero se dall'un lato la chirurgia attuale risparmia, dice il Dott. Asson, dolorose operazioni sulle arterie ferite od aneurismatiche mediante la compressione strumentale o digitale, e ricorre meno di frequente alle amputazioni; d'altro canto apre il ventre e ne estrae una porzione d' intestini per inciderla e per creare un ano artifiziale, che sopperisca al naturale; lo apre anche più largamente per estrarne un'enorme cisti annessa

ad un'ovaja (1). Il chirurgo dunque oggi si astiene dall'operare, o per l'opposto opera efficacemente non in modo assoluto, come dovrebb'essere se fosse precetto di sistema; ma secondo che il fare od il non fare egli stimi più confacente ai bisogni dell'infermo. E però rispetto all'antica la moderna chirurgia appare quando temeraria, quando pusillanime; talora operosissima, talaltra semplice spettatrice degli eventi del morbo: contrarj effetti che da una stessa cagione derivano; dalla maturità cioè del giudizio, che pur è temperanza ed efficacia nell'operare. L'anestesia ingentilì la chirurgia moderna, le operazioni sottocutanee e sottoperiostee le diedero sembianze più pietose, ma niuna le tolse l'ardire; anzi l'insensibilità de' pazienti fa il chirurgo più imprendente ed animoso. Che s'ei non mette mano ad un'operazione non è per tema dell'atto operativo; bensì perchè dalla fisiologia, dalla patologia e dall'esperienza clinica fu ammaestrato che da que' tagli, da quelle incisioni susseguono troppo gravi effetti, ovvero niun utile si ritrae. Per lo passato invece se il chirurgo stava neghittoso non era perchè, generalmente parlando, lo trattenesse il pensiero di ciò che all'opera sua sarebbe conseguito; ma piuttosto lo sgomento d'aggredir parti che imperfettamente conosceva. Similmente se operando preferiva una grave operazione ad altra di minor pericolo, l'elezione non era tanto effetto di bravura quanto dell'esser a lui più facile, ad esempio, amputar l'arto, che allacciare l'arteria aneurismatica. La vecchia chirurgia ponendo l'operazione com'unico suo fine, curavasi principalmente dei modi di compierla, nè più oltre la seguiva ne' suoi effetti.

D'altronde il chirurgo non avrebbe avuto il diritto di quest'ulteriore indagine; poichè fatta l'operazione il paziente non era più in *giurisdizione* di colui che l'avea operato. Ma subito che la chirurgia si propose di studiare le malattie, che formano, come per tacito patto il suo dominio, in tutte le loro pertinenze e nel loro insieme, avvenne che l'adoperar la mano od il ferro non fosse più l'unico intendimento di quella. Col nuovo proposito la chirurgia profondamente mutavasi: non semplice arte, ma consorella della medicina, anzi la stessa medicina diretta a peculiari forme di malattie; ella ha il malato in piena balia, e dispone così de' farmaci che de' presidj igienici

---

(1) Dello spirito della Chirurgia (Giorn. Veneto di Scienze med. 1864 XXIII).

L'operazione è il rimedio da adoprarsi, se non ve n'abbia un migliore, quando e come meglio convenga, e del quale debbonsi studiare non che gli effetti presenti, i successivi e lontani. Al Malgaigne si fa oggi moltissimo merito per aver appunto mostrato la necessità di tener d'occhio gli operati anche oltre la guarigione, cioè dopo che la ferita e la piaga fu rimarginata, affinchè si potessero conoscere intieramente i pregj e i difetti d'un'operazione. Cotesto proposito è veramente scientifico, ed è necessaria conseguenza del concetto, che dicemmo avere la moderna chirurgia del proprio scopo. I chirurghi italiani,prima ancora che quest'argomento fosse elevato a metodo scientifico ben conobbero quanto importava di verificare le conseguenze lontane delle operazioni: valgano ad esempio le indagini fatte intorno la recidiva del cancro, la ricaduta dell'ernia dopo le operazioni raccomandate per radicali.

Naturalmente in tali e consimili ricerche la chirurgia chiamava in ajuto la *statistica*, volendo con la formola de' numeri esporre esattamente que' risultati della pratica sua, che dianzi in modo approssimativo, e con locuzioni mal determinate erano espressi. E per vero la statistica, più che ad altra scienza, alla chirurgia sarebbe necessaria, se per quella si potesse conseguire quella certezza a cui anela lo spirito umano, il quale *vuol vedere per operare*. Ma i problemi di statistica medica sono oltremodo complessi, ed il confronto non cade mai sovra fatti del tutto simili; e però le cagioni di errore sono molteplici, e neppure tutte si schivano allargando il computo, perchè la moltitudine può nascondere, ma non togliere le differenze di natura, o specie, dei varj elementi che quella compongono. A noi non fu dato compiere grandi lavori statistici, in materia chirurgica, per insufficienza di mezzi, per la ristrettezza del campo in cui gl'individui possono raccogliere i materiali; e ciò perchè non ancora fra noi la statistica medica è così diffusa ed uniformemente ordinata da poter servire i lavori di molti alla soluzione di que' grandi quesiti cui non bastano le forze di un sol uomo quantunque operosissimo. Fossevi pure questa uguaglianza negli ordinamenti statistici, secondo che tante volte da' nostri medici fu invocata e proposta; mancherebbe tuttavia il modo di raccoglierne i risultamenti, non essendovi Ufficio a cui questi faccian capo, non Deputazione o Società che invigili acciocchè la statistica risponda a tutte le esigenze della scienza medica. Questo difetto, questo non poter

coadunare le fatiche de' singoli in un lavoro comune, e rivolgere gli sforzi parziali ad unico fine è grave danno, che anche in altre occasioni avremo a lamentare; esso rende a noi difficilissimo l'eseguimento di opere grandiose, impossibili imprendere quelle che soltanto per virtù d'associazione si compiono. Ma per quanto potevano i nostri chirurghi soddisfecero al novello obbligo.

L'ordinamento statistico (senza peraltro esagerarne il valore) era desiderato così per la chirurgia che per la medicina dall'Uccelli, ed i *Saggi di Statistica chirurgica* dell'Andreini, altro professore nella clinica di Firenze, furono lodati anche dal Larrey nell'Accademia medica di Parigi. Dichiarava il Ranzi che chi interamente si abbandona ai numeri, corre rischio di non applicare mai una giusta indicazione pratica, o di partirsi da quella che la sana esperienza ha sancito. Ma con queste parole quegli intese di condannare la frettolosa applicazione de' risultamenti statistici, non già il metodo; prova di che sia aver egli progettato una statistica speciale sul cancro, affine di raccogliere fatti acconci per giudicare intorno malattia tanto crudele. Ne' rendiconti clinici vediamo, per quanto la strettezza loro lo conceda, fare la debita parte alle considerazioni statistiche; le quali, allargandosi il campo, prendono maggiore misura nelle *Relazioni* che il Prof. Cortese ha fatto sulle ultime nostre guerre per ciò che riguarda la chirurgia militare. Nelle opere del Prof. Porta vediamo in modo singolare spiccare la statistica, perciocchè quegli, avendo con esemplare diligenza tenuto conto di tutto ciò che e nella clinica e nella pratica privata gli venne fatto di vedere potè mettere insieme copia grandissima d'osservazioni. Sull'importanza della statistica nella chirurgia lesse il Dott. Asson una dissertazione all'Istituto Veneto: egli avrebbe voluto che quella, debitamente usata, guidasse a formare e statuire, in tutta l'ampiezza possibile, le attinenze tra le malattie delle singole regioni, le operazioni sopra di esse praticate, ed i processi morbosi viscerali; desse a conoscere quando le malattie interne siano cause od effetto delle esterne, o semplici consociazioni e complicanze (1). Il metodo numerico potrebbe eziandio essere rivolto in dimostrazione di fatti più intimi e di quistioni più ascose; se non che le difficoltà pratiche sono tante, che è pur d'uo-

(1) Giorn. Veneto di Scien. med. 1868 VIII 276.

po dare alle indagini, specialmente quando si volessero fatte su largo campo, meta meno ardua: anche dentro questi limiti, la statistica sarebbe pur sempre di grandissimo ajuto.

Ma un'altra tendenza v' ha nella chirurgia, la quale merita di essere notata, non tanto per quello che ha prodotto, quanto per ciò che dà a sperare: intendo degli studj storici, i quali, se non ancora profondamente e in modo speciale coltivati, si affacciano e prendon onorevole posto in parecchie dissertazioni del Malagodi, del Fabbri, del Palasciano, dell'Asson; e così nell'opera del Porta sulla Litotrissia, nell'altra del Burci sull' Estrazione della pietra dalla vescica, nelle note che il Betti appose nell' Istoria delle principali operazioni dello Sprengel (1). La storia non è sterile pompa, o curioso racconto del passato della scienza; bensì a questa utile ammaestramento premunendola di cadere negli errori di prima, additandole con l'esperienza de' secoli ciò che a lei meglio bisogni per mettere il seme di nuova dottrina. Il disprezzo della storia si manifesta tutte le volte che la scienza, prendendo nuovo indirizzo, crede di aver già per questo, con giovanile baldanza, raggiunta la verità. Così è che Boyer, per tenerci più vicini a noi ed al nostro argomento, senza velo dichiarava inutile sì fatto studio; il quale da Velpeau più tardi, progredendo la scienza, era invece rimesso in onore, e dal Malgaigne particolarmente illustrato nell' introduzione alle opere di Pareo. Altrettanto vediamo succedere in Inghilterra, dove il Fergusson pubblica lezioni intorno la storia della chirurgia; in Germania, dove il Billroth ed il Pitha fanno precedere alla loro collezione di trattati chirurgici un discorso di Haeser intorno la storia della scienza e le sorti de' suoi professori.

Del pari la temperanza nell'operare di cui più sopra toccavamo, venne abbracciata non dalla scienza novella, ma dalla matura. Quella smania manesca, quel soverchio correre ai ferri che forma il carattere del primo stadio, o se piaccia dell' infanzia, della chirurgia moderna era effetto della credenza, non ancora tolta, che la chirurgia fosse una scienza per sè, tutta intesa nell'opera manuale; era effetto della quasi reazione contro l'umiltà e l' inerzia per lo passato patite:

(1) Firenze 1815-16 2.° vol in 8.° — Il Dott. Michelangelo Asson avea stabilito di scrivere la storia della medicina e della chirurgia in relazione con la storia politica e civile de' popoli: ma dell'opera promessa non apparve che il primo fascicolo (La Scienza e la Pratica della Chirurgia. Venezia 1856).

colpa inevitabile, e meritevole di scusa, anche per questo che non andò senza frutto, avendo trovato nuovi compensi, ordigni novelli, allargato il dominio dell'arte. Di questa bollente brama di far cose ardite e nuove il Regnoli diè forse il primo esempio tra noi; ma venuto agli anni maturi la temperò alquanto: nel Signoroni, sintanto che visse, quella brama fu sì accesa da doverla dir febbre; onde che compiangeva il chirurgo che per difettosa educazione, e per imperfezione di organi, per mancato esercizio *reformidava allo invertimento artifiziale delle organiche relazioni;* ed affermava la chirurgia operativa dover essere tale da meritare le enfatiche parole con cui Marc'Aurelio Severino celebrava la possanza della *Medicina efficace* (1). Nulladimeno da cotesto fiero operatore avea principio, con l'estirpazione entro la bocca e senza esterne ferite delle ossa mascellari, quella parte di chirurgia pressochè incruenta oggi salita, per opera principalmente del nostro Larghi, in tanta riputazione.

Non pertanto allora pure che maggiormente ferveva cotesto spirito, ben di rado fu esso in Italia così strabocchevole come altrove. Tale differenza venne avvertita anche dal De Filippi, il quale nel 1834 scriveva: Noi amiamo di risparmiare le parti, di limitare le incisioni entro i confini di giusta parsimonia chirurgica. Gli oltramontani all'opposto vanno arditi col tagliente e senza risparmio dell'organismo, sdegnando di transigere colla dilatabilità delle parti e la pieghevolezza de' tessuti (2)». Quindi il Dott. G. B. Marzuttini, benchè giovane e destro operatore, raccomandava l'*economia nella medicina operatoria*, verace progresso della chirurgia essendo la *diminuzione* delle operazioni cruente e più o meno gravi e pericolose (3). Questa diversa maniera di concepire l'importanza dell'arte dovea necessariamente condurre a diversi procedimenti siccome avremo agio di vedere. D'altra parte la parsimonia delle operazioni non ci ha spinti all'altro eccesso di disarmare la chirurgia, come vorrebbe il Seutin, credendo solamente con ciò di poter *fondere* la chirurgia ed il chirurgo nella medicina e nel medico (4). Strano voto, che mostra come anche og-

---

(1) « Qua herculea quasi manu, ferri ignisque viribus armata, omnia fere mala proteruntur, colliduntur, extinguuntur ».

(2) Bibliot. ital. LXXVI 232.

(3) Memoriale della Medic. contemp. 1844 Vol. XII.

(4) *Marcq.* Essai sur l'Hist. de la Médec. Belge contemporaine. Bruxelles 1866 p. 75

gi ed in illustri uomini non sia chiaro il concetto della chirurgia, della sua necessità e de' suoi ufficj; e quindi pure non comprese le vie per cui quella alla medicina deve associarsi intimamente sì, ma senza perdervi entro la propria vita. Che è mai un chirurgo, ridirò col lodatore di Andrea Ranzi, il Prof. Burci, se non un medico che, esperto delle molte e varie maniere d'infermare del nostro corpo, ha in mano un mezzo potente di guarigione nel quale si è particolarmente esercitato, le operazioni, e ch'egli adopra tenendo a guida i più sani e confermati canoni della medica patologia?

Rallegriamoci che il fare risparmio di operazioni cruente sia il principale studio della chirurgia moderna; rallegriamoci che a questo fine abbiano largamente contribuito le opere e gli scritti de' nostri chirurghi: ma dalle operazioni sottocutanee e sottoperiostee dovevamo noi giungere ai metodi dilaniatori del Maisonneuve, e considerare, come l'ideale della perfezione chirurgica l'*assoluto abbandono nelle operazioni degli strumenti taglienti?* Il Dott. Borelli confessa che simile voto nè ora, nè forse mai può divenire cosa di fatto; nondimeno egli è caldo partigiano di questa *Chirurgia dell'avvenire;* e ciò principalmente per evitare i pericoli che provengono dal lasciare innumerevoli vasi aperti ed esposti alle irritazioni esterne. Egli a questo scopo ha tentato di far abolire la cistotomia nella donna, e di convertire la stessa operazione nell'uomo in una limitatissima incisione uretrale; parimente da molti anni non escide più gli stafilomi, ma li lega, e, bandita l'erniotomia, con le mani semplicemente vorrebbe fossero riposte in sito le viscere fuori uscite (1). Anche il Larghi s'è messo in questa via. Ma è egli vero che il gammautte ed ogn'altro ferro tagliente sia lo *strumento più fatale della chirurgia?* Con le legature, con i caustici eviteremo noi i pericoli dell'infezione purulenta? Questa è poi l'unica cagione per cui gli operati sventuratamente soccombono? I maggiori partigiani della cauterizzazione (poichè, tolto il coltello, i caustici diverrebbero gli strumenti più efficaci della chirurgia) debbono confessare che i *chiodi* e le *freccie caustiche* sono pure mezzi pericolosi non potendo graduarne gli effetti, nè quindi prevedere fin dove giungerà l'adustione mortificativa (2).

---

(1) Mezzo radicale per diminuire la mortalità dietro le operazioni chirurgiche. In: *Borelli*. Raccolta di Osservaz. II 522.

(2) Su questo medesimo argomento vedi più innanzi il Capo 6.

Capo 4.º

OPERE GENERALI ED ISTITUZIONI CHIRURGICHE.
NECESSITÀ E LIMITI DELLA DIVISIONE DELLA CHIRURGIA.

Niun' opera dà meglio a vedere l' indole e le tendenze d' una scienza o d'un'arte, quanto quella che i precetti di questa, le dottrine di quella insieme raccoglie, e ordinatamente espone. Le Istituzioni non sono fattura originale; nulladimeno, porgendo la somma delle migliori cognizioni, de' più utili ammaestramenti, concentrando come in un foco i molteplici raggi della scienza ne riflettono più vivo lo splendore, e spandono la vita nella moltitudine de' fatti latenti. Ma i fatti essendo di loro natura muti, facilmente può darsi che ciascuno faccia ai medesimi parlare il linguaggio che piace, anzi che quello della verità. E però chi s'accinge a fare da lavori parziali un lavoro generale, un corpo di dottrine, un codice di regole e di pratici principj, ha da avere, non che copiosa scienza, mente ordinata e critica sì perspicace da scorgere ciò che dell' antico si possa, perchè duraturo, conservare con utilità, ed al nuovo accolto congiungere. Vedemmo come di coteste doti il Monteggia fosse squisitamente fornito, per modo che le *Istituzioni* sue poterono per buon tempo servire di guida ai giovani chirurghi. Ma anche le opere più eccellenti pel continuo muoversi e ingrandirsi della scienza, per il diverso modo di considerar questa nelle sue parti, divengono insufficienti: quindi il bisogno quando a quando di nuovi libri che le verità conquistate mettan in posto degli errori abbattuti, e mostrino la scienza come e fin dove ha progredito. Cotesto bisogno fu da noi benissimo avvertito; ma non così facilmente ci fu dato di provvedervi. onde che dopo quello del Monteggia gran tempo dovemmo attendere prima che altro libro d' istituzioni chirurgiche venisse alla luce in Italia sì generale e completo, sì accordato nelle varie parti e con peculiare carattere da poterlo dire opera nostrana e adatta allo scopo (1). Le *Istituzioni* di Patologia chirurgica di Felice Rensis e di

(1) Dal 1802 al 1803 pubblicò il Monteggia le sue Istituzioni ristampandole poscia con correzioni ed aggiunte del 1813 al 1816: ma degli 8 volumi che forman questa 2.ª edizione, i 3 ultimi, morto essendo l'Autore, non ebbero verun mutamento. Seguì una 3.ª edizione con note

Antonio Ciccone di Napoli, sebbene avessero estensione maggiore di quella che la natura ed il titolo dell'opera comportavano, non accoglievano quanto sarebbe stato mestieri il moderno indirizzo nelle disquisizioni patologiche e nell'esame diagnostico. D'altra parte cotest'opera voluminosa (7 tomi in 8.°) quantunque nel 1852 fosse giunta alla terza edizione, fuori delle provincie napoletane era affatto sconosciuta, tante erano le difficoltà che le sospettose polizie frapponevano alle comunicazioni scientifiche fra parte e parte d'Italia; sì miserrino era lo stato del nostro commercio librario. Gli editori poi trovavano meglio i loro conti nel divulgare le traduzioni di opere straniere, che ricompensare i lavori originali. E di traduzioni n'avemmo e n'abbiamo, più che abbondanza, subisso; conciossiacchè quelle non abbracciarono soltanto i migliori prodotti della scienza straniera, ma anche travasarono i mediocri, e perfino i cattivi. La scienza sanza fallo è universale; niuna nazione deve ignorare i progressi delle altre, e, conosciutili, dev'esser dispostissima ad accoglierli. Noi Italiani come fummo, siamo in quest'ospitalità liberalissimi tuttavia, tanto che ci accade di dimenticare piuttosto le cose nostre, che le altrui. Pari ricambio di giusta cortesia non avemmo (vorrei non dire non abbiamo), che anzi quasi mai delle opere degl' italiani gli oltramontani s'occuparono, o parlandone ne fecero il più delle volte ingiusto giudizio: noi figli della *terra de' morti* scherniti nella politica, eravamo dimenticati nella scienza, il cui lume offuscavasi nella cupa ombra dalla prostrata ed avvilita nazione. Pazienti dell'obblivione, lo sfregio non potemmo sempre tollerare: il Prof. Luigi Pacini da Lucca acceso di nobile indignazione rimbeccava all'anonimo francese le accuse fatte con vanitosa ignoranza alla chirurgia italiana (1); il Dott. Cohn scriveva una disser-

---

ed aggiunte per cura del Dott. Caimi e fino a questi ultimi anni s'andò ripetendo. Poco prima che il Monteggia desse fuori l'opera sua, e quindi presso che insieme a questa, il Malacarne pubblicava due operette didascaliche, ma, come dagli stessi titoli appare, non comprendevano che i rudimenti della chirurgia (Prime linee della Chirurgia. Venezia 1794. — Istitutio chirurgica pro candidatis. Patavii 1803). Breve compendio, ben fatto per altro, di precetti abbastanza noti e divulgati sono gli *Elementi di chirurgia* di Filippo Leonardi di Roma, (Roma 1815-1817 in 3 parti). Per semplice ricordo storico notiamo la *Chirurgia medica* di Pietro Ruggiero (Napoli 1803 2. vol.), ed il *Saggio delle operazioni chirurgiche* del Petrunti (Napoli 1822). Di maggior importanza sarebbe stata l'opera del Prof. Geri, *Terapeutica operativa*, se per intero fosse stata pubblicata: la sola 1.ª Parte, che comprende le operazioni emostotiche vide la luce in Torino nel 1823.

(1) Riflessioni critiche sullo stato attuale della Chirurgia. Lucca 1832.

tazione sulla gloria che in fatto di mediche scienze agl' Italiani compete (1). Rivedendo oggi queste e consimili altre scritture, noi dobbiamo aver presente le tristi condizioni di que' tempi e l'animo commosso di coloro che scrivevano, circostanze tutte non propizie perchè la critica e la difesa fossero scevre d'ogni passione.

Nulladimeno trasportando nella nostra lingua le opere di Francia, di Germania, d'Inghilterra non facevasi, almeno per le più riputate, una semplice versione, perchè di commenti e di osservazioni critiche quelle erano per solito giudiziosamente corredate, traduttori essendo, od alla traduzione prestando mano, uomini di molta dottrina ed esperienza. Così è che la *Chirurgia* di RICHTER può dirsi quasi rifatta con le note, alcune delle quali si direbbero dissertazioni del VACCÀ e del CARTONI; (2); parimente il Prof. RUGGIERI, il Prof. BAROVERO, il Dott. DE-FILIPPIS, il Prof. PORTA di annotazioni arrichivano, mentre che traducevano, il Dizionario di LOUIS, le opere di BELL, di SABATIER, di BOYER, di WALTHER (3). Finalmente i Prof. RANZI e REGNOLI si accinsero, ognuno per quella parte in cui era più valente, di riparare al lamentato difetto, pubblicando *Lezioni di Patologia chirurgica e di Medicina operatoria*. Se la severità del metodo, la chiarezza dell'esposizione, la copia della dottrina, la sagacità nel discernere il vero dal falso sono le precipue doti di opere di simile fatta, le lezioni de' nostri due Professori dir si debbono ottime giacchè tutti cotali pregj posseggono. Fu davvero sventura che a que' due splendidi ornamenti della chirurgia italiana venisse meno la vita allora che stavano appunto per compiere l'opera loro, arricchendola nella seconda edizione di nuovi fatti, di nuove considerazioni, frutto di maggiori studj e di matura esperienza. Due affettuosi e dotti discepoli, i prof. ANTONIO MARCACCI e COSIMO PALAMIDESSI assunsero di condurre al termine l'interrotta impresa; ma ecco che, non so per quale avversità di fato, spegnersi immaturo anche il secondo di cotesti valent'uomini,

---

(1) Venezia 1848.

(2) L'opera del Richter era già stata prima tradotta ed annotata dal Prof. Tomaso Volpi di Pavia, e, ma soltanto pel V.° volume che tratta delle malattie degli occhi, dal Prof. L. V. Brera.

(3) *Ruggieri,* Dizionario encicloped. di Chirurgia. Padova 1805-1809 vol. 6. — *Barovero*, Sistema di chirurgia operativa di Carlo Bell. Torino 1817-1818. — *De Filippis*, Medicina operatoria di Sabatier. Napoli 1822. — Trattato delle malattie chirurgiche di Boyer. Napoli 1830-1835. — *Porta,* Opere chirurgiche di Filippo Walther. Pavia. 1827.

che la parte del Regnoli dovea ampiamente continuare, essendo pure al medesimo nell'insegnamento in S. Maria Nuova succeduto. Chi chiamò compilazione l'opera del Ranzi e del Regnoli diè giudizio, più che severissimo, ingiusto; imperocchè se le opere didascaliche per natura ed ufficio debbon raccogliere e compendiare ciò che va di meglio nella scienza, esse escono dal novero de' compilamenti di materie quà e là raccolte, allora che intorno a queste facciano opportuno esame, e le medesime con particolari intendimenti dispongano. Ma nella Patologia del Ranzi troviamo non semplicemente il diligente raccoglitore, il critico perspicace, bensì l'autore che mette del proprio e che anche discorrendo delle cose altrui sè stesso rivela. Basta perciò leggere le lezioni che riguardano l'infiammazione, il cancro e gli altri prodotti detti eterologhi, non che molti altri argomenti di patologia generale. Anzi dovrebbe piuttosto nascere censura perchè il Ranzi, fosse, più di quello che comporta la moltiplicità delle pratiche contingenze, inchinevole a raccogliere i particolari sotto il dominio di principj generali, giudicandoli con le norme di assoluta filosofia.

La mente sua non era sì docile, o timida da posare volentieri sull'autorità de' maestri facendo un dogma delle dottrine: professava invece che anche quelle le quali corrono più luminose si arrestano alle volte come le più intricate quando ce ne vogliamo render conto. Così egli affrontava l'ipotesi *elmonziana* della spina che infitta nelle carni chiama a sè sangue da ogni parte; benchè tale ipotesi fosse nelle scuole così generalmente accetta da essere divenuta come punto convenzionale di potenza delle varie dottrine sorte in questi ultimi tempi intorno l'iperemia e l'infiammazione. E per combatterla ricorreva alle osservazioni ed agli esperimenti, da' quali gli veniva dimostrato tutt'altro che flussione di sangue verso i punti irritati, e contrazione dei capillari sotto gli stimoli fisici e chimici direttamente applicati; sibbene, ogni volta che si arreca una di queste offese a qualche parte vivente, succedere ristagno di sangue, non essendovi mai nei vasi restringimento senza che innanzi si rallenti il circolo per illanguidita *vis a tergo*. Non dobbiamo qui giudicare del valore di questa dottrina, neppur oggi avendone una che dar possa spiegazione del modo con cui la flussione nei varj casi succede; ma piuttosto ricordare che il Ranzi, sollevandosi dalla comune opinione, ammetteva fra le cause coefficienti dell'infiammazione anche le chimiche permutazioni del sangue.

Neppure il Regnoli, che ebbe tanta perizia anatomica, prontezza di mano e facilità nel trovare compensi chirurgici, poteva essere gretto compilatore esponendo le operazioni; benchè in questa parte il campo d'apparir nuovo sià men disteso che nell' altro della patologia; nè lodevole sia la smania di comparire innovatori nelle operazioni, perchè più spesso perniciosa che utile all' arte; la quale, divenendo tronfia e spettacolosa, perde insieme semplicità e sicurezza.

Francesco Rossi di Torino volle apparire nuovo nel trattare delle operazioni chirurgiche anche nella forma tornando semplicemente all'antiquata divisione de' principali uffizj della chirurgia, e riducendo con poc'ordine e naturalezza tutte le operazioni suddette ai 4 capi della sintesi, della dieresi, dell' exeresi e della protesi. Nel suo libro, sebbene dato per *elementare* (1), v' ha troppo ossequio a certe ipotesi patologiche, onde che, ad esempio, si legge la proposta d'incidere i maggiori vasi linfatici per farne sgorgare la linfa che muove *a ritroso* ed è cagione d' idropisia; ed anche il consiglio di recidere l' arteria sotto al punto in cui fu allacciata, quando la legatura sia cagione di *spasmo che fino al cuore si propaga* (2). Nondimeno in questo trattato v' hanno pure buone idee ed osservazioni cavate dalla propria esperienza, e che in seguito noi pure avremo occasione di rammentare. D'altronde il Rossi fu uno di que' pochi che alla fine del secolo scorso e ne' primi anni di questo tennero, siccome avvertimmo, in riputazione la chirurgia piemontese, a cui il Bertrandi avea fatto tanto onore. Opera quindi assai utile e decorosa farebbe quegli che a noi ridonasse, siccome per lo passato avemmo, istituzioni nostrane, sì per i precetti che per le pratiche chirurgiche, ben rispondenti ai progressi ed ai bisogni della scienza e dell'arte odierna. Ciò che pur venne promesso, ed in parte fatto, abbia dunque compimento (3).

---

(1) Trattato elementare delle operazioni chirurgiche. Torino An. X. 2 Vol. in 8.° piccolo: e quindi ripubblicato in francese con molte aggiunte nel 1806 sotto il titolo di *Éléments de médecine opératoire.*

(2) T. I p. 35 e 214 dell'edizione francese.

(3) *De Sanctis, T. Livio,* Patologia chirurgica. Napoli 1856. — *Landi Pasquale*, Programma delle Lezioni di Medicina operatoria (L'Ippocratico 1866 IX). — *Lo stesso*, Lezioni di Chirurgia operatoria (Generalità ed operazioni semplici. — Operazioni che si praticano sulle arterie e sulle vene. — Amputazioni e disarticolazioni). Bologna 1866 e 1867. — Il Prof. Davide Panzetta dedicava *alla gioventù napoletana*, sebbene lo pubblicasse nel 1864, il suo *Trat-*

Le nuove osservazioni, le nuove maniere d' indagini, gli stretti rapporti con le altre scienze, le applicazioni introdotte dalla meccanica, dalla fisica e dalla chimica hanno ingrandito per modo il dominio della chirurgia, da renderlo troppo sproporzionato alle forze di chi deve farne studio e professione. Quindi alcune parti, siccome la Dermatologia e la Sifilografia, ne furono levate perchè con la chirurgia propriamente detta non hanno altro vincolo in fuori che quello, spesso accidentale, di offendere la superficie del corpo, o di dar luogo a successioni che vogliono per cura l'opera della mano; altre l'Ostetricia e l'Oculistica , perchè affatto peculiari sì a cagione del pericolo e della sede circoscritta delle malattie cui debbono provvedere, come dei mezzi necessarj per instituire la diagnosi e compiere la cura. Anche l' Otojatrica sta per farsi ramo indipendente; l' Odontotecnia invece non ancora potè elevarsi dal grado di arte, esercitandola tuttora gente non di rado affatto ignara degli studj medici, od in questi appena iniziati. Di sottrarre l'arte dentaria dalle mani de' circolatori e saltimbanchi, alcuni de' nostri chirurghi procurarono; e, quantunque infruttuosi, i loro tentativi vanno commendati. Fatto degno di commendazione è altresì quello che valenti chirurghi e professori in pubblico studio, quali il TERMANINI di Bologna ed il PETRUNTI di Napoli, non isdegnassero di occuparsi della *Chirurgia minore* , e di portare la luce della scienza sopra operazioni guardate siccome vili e lasciate cadere in mani volgari, quasi che non fosse nobile tutto ciò che serve alla ricuperazione della salute.

La tendenza di suddividere lo studio delle scienze e l'esercizio delle arti è ognor più spiccata: ed a questa separazione noi ci dobbiamo piegare anche di buon grado, quando l'utilità la consigli, ovvero la necessità l' imponga ; fa d'uopo invece opporvici vivamente quando niuna di tali ragioni la giustifichi. I frastagli e le minuzie danno pomposa apparenza ; ma in sostanza ammiseriscono la scienza facendole perdere i fecondi concetti, che solamente dalla unità scaturiscono. In ogni modo poi questi rami, che si staccano dal tronco comune, dovrebbero pur sempre ricordarsi della loro origine, e ricondursi ai principj generali della scienza da cui partirono.

---

tato di operàzioni chirurgiche (2 vol. in 8.° con figure), il quale se, come fa conoscere le pratiche proprie della Scuola napoletana ed i procedimenti della chirurgia francese, avesse ricordato quelli degli altri nostri chirurghi, avrebbe reso buon servigio alla letteratura medica nazionale.

II.°

MALATTIE COMUNI A TUTTI I TESSUTI ORGANICI CURE ED OPERAZIONI RELATIVE

(*Capo 5.°*)

LE FERITE — LA CHIRURGIA MILITARE E L'IGIENE NELLA CHIRURGIA.

La Chirurgia militare non è una specialità, nulladimeno in forza delle particolari condizioni, che trae con sè la guerra ed in mezzo alla quale quella deve compiere il suo ministero, acquista qualità e caratteri proprj che la distinguono dalla chirurgia *comune* o *civile*. Le indicazioni curative, le prime medicature che si fanno sul campo e nell'ambulanza, e dalle quali dipende tanto il buon esito delle cure, sono imposte dalle particolari condizioni in cui si trovano i combattenti feriti. Ma poichè questi siano trasportati negli ospedali, la *chirurgia militare rientra in gran parte nella sfera della chirurgia generale.*

Chirurghi in servigio degli eserciti furono sempre, e li troviamo tanto nelle stratie de' Greci e nelle legioni de' Romani, quanto negli stuoli de' Crociati, e nelle compagnie de' condottieri del medio evo: ma la chirurgia militare non comincia propriamente che con le grandi guerre che furono alla fine del secolo scorso, e col principiare di questo. I nomi di Percy e di Larrey vanno indissolubilmente congiunti alle gesta militari della Francia, e splendono benemeriti ne' fasti della chirurgia. Noi pure partecipammo a queste glorie

guerresche e scientifiche; ed in quel breve tempo che durò il Regno italico l'Assalini ci diede un pregevole manuale pei chirurghi militari (1). Poscia niuna occasione avemmo, caduti del tutto sotto la dominazione straniera, di partecipare ai progressi che anche per questa parte faceva la chirurgia appo le altre più fortunate nazioni. Ma ecco che le battaglie sostenute nel 1848, e più quelle ancora del 1859 e 1866, ci porsero il destro di fare rivivere eziandio tra noi la chirurgia militare, dando lodevoli rendiconti sui feriti curati negli spedali, scrivendo manuali e compendj per uso degli ufficiali sanitarj, o discutendo le più importanti quistioni che riguardano le ferite da arma da fuoco, l'opportunità di amputare o piuttosto di conservare le parti offese, la convenienza, dovendo operare, di farlo sollecitamente, la scelta de' metodi, le cure che alle operazioni debbono precedere e susseguire (2). Il Prof. Cortese s' occupò di tutti questi argomenti, ed a lui in particolar modo è dovuto il fervore con cui oggi anche in Italia si attende alla Chirurgia militare. Col modesto titolo di *Guida teorico-pratica del medico militare in campagna* (3), ei pubblicava un vero trattato di chirurgia scritto con sobrietà e chiarezza, nel quale con le migliori cognizioni attinte dai più reputati scrittori, v' ha il frutto de' proprj studj e dell'esperienza, che l'autore potè acquistare negli spedali e nel campo, avendo cominciato nel 1849 ad essere medico nell'esercito italiano. Il Prof. Cortese non limitossi soltanto a considerare le ferite de' combattenti

---

(1) Milano 1812 P. 1. e 2. Il Manuale dell' Assalini fu tradotto non solamente in tedesco (München 1816), ma anche in isvedese (Stockholm 1819).

(2) *Asson M. A.*, Prospetto delle malattie chirurgiche e delle violenti lesioni curate nello spedale (militare) di S. Chiara. Venezia 1849. — *Baroffio F.*, Delle ferite d' arma da fuoco Torino 1862 (Mem. onorata del premio al concorso Riberi). — *Bertani A.*, I Cacciatori dell'Alpi nel 1859 e i loro feriti e i loro morti. Milano 1860. — *Burci Carlo*, Intorno alle ferite per arme da fuoco osservate e curate in Lombardia durante la campagna del 1848. Pisa 1849. — *Coen G.*, Cenni pratici intorno le ferite d' armi da fuoco. Venezia 1852. — *De Vita A.*, Aforismi della cura delle ferite per armi da fuoco (An. univ. di Med. 1866 CXCIX 225) — *Fumagalli C.*, Aforismi di Chir. milit. (Ivi CXCVI 594) — *Gherini A.*, Vade mecum per le ferite d'arma da fuoco. Milano 1866. — Relazione chirurgica dell' ospedale militare di S. Filippo (An. univ. Med. 1860 CLXXIII 411). — *Paravicini L.*, L'Ospedale militare a S. Maria di Loreto (An. univ. di Med. 1860 LXXI-LXXIII). — *Picarelli A.*, Sunto di Chirurgia militare. Rieti 1859. — *Restelli A.*, Note ed osservazioni cliniche di chirurgia militare (An. univ. di Med. 1849 CXXX 225) ecc.

(3) Torino 1862-63.

relativamente ai soccorsi che esigono sul campo e nelle ambulanze; ma discorre eziandio degli accidenti che a quelle susseguono, delle malattie che ne provengono e delle cure necessarie, quantunque, com'egli stesso avverte, la chirurgia militare entrando negli spedali perde quanto avea di *speciale* sotto la tenda, o nelle infermerie degli alloggiamenti. Quindi il Prof. Cortese scriveva delle *Imperfezioni superstiti alle ferite ed alle malattie contratte in campagna* (1). Con questo trattato egli porgeva non soltanto il modo di sciorre molte quistioni medico-legali, che riguardano i casi ne' quali il soldato per la mutilazione od altra offesa rimastagli guerreggiando, viene esentato dal servigio e fatto pensionario; ma anche giovava alla scienza seguendo (come più sopra dicemmo essere necessario per le operazioni) le cure chirurgiche in generale nei loro ultimi effetti. La quale continuata osservazione deve pure entrare ne' motivi che decidono il chirurgo in certi casi, piuttosto che a conservare, ad amputare la parte malata; imperocchè se l'arto che si conserva non potesse poi in niun modo compiere i proprj officj, fosse cagione di dolore e di continui incomodi, meglio varrebbe torlo via sin da prima; anche nella conservazione correndosi molteplici pericoli, siccome quelli delle copiose suppurazioni e dell'infezione purulenta. Dicasi altrettanto rispetto alla *conservazione relativa*, cioè al risparmiare, pur tagliando, quanto più si può delle parti offese, da tale risparmio non ottenendosi poi il benefizio che se ne sperava: valga l'esempio dell'amputazione di Chopart, la quale conserva, è vero, la metà posteriore del piede; ma nella maggior parte de' casi senza vantaggio, perchè piegandosi il mozzicone del piede in dentro, il mutilato non può poggiare camminando, secondo che credevasi, sul calcagno, il quale anzi è tratto in alto. Per altro le indagini intorno gli effetti remoti delle operazioni e delle cure chirurgiche, potranno modificare alcune massime di *chirurgia conservatrice*, limitare questa in alcuna parte, non nel tutto insieme; conciossiacchè le ultime guerre d'America, quelle di Danimarca e di Germania hanno ognor più confortato con ottimi risultamenti il principio generale di *conservare*. Così è che anche nelle ferite delle grandi articolazioni, per le quali l'indicazione d'amputare pareva più che mai urgente, si sono utilmente adoperate le cure conservatrici sia aspettando, che operando resezioni articolari:

(1) Torino 1864.

esempj se n'ebbero nell'ultima nostra guerra, ma in maggior numero in quella che nel medesimo tempo combattevasi in Germania. Pur troppo che sarà necessaria la dolorosa esperienza di nuove guerre per decidere alcune questioni in proposito; ma tutto fa credere che la soluzione volga in favore della conservazione, al contrario appunto di ciò che per lo addietro si prevedeva. Il risegamento della testa del femore, che prima del 1866 consideravasi come un *semplice desiderio non soddisfatto dei chirurghi conservatori*, oggi dal Langenbeck per l'acquistata esperienza è indicato come il miglior espediente anche sul campo, allora che le offese dell'articolazione non siano complicate a grave guasto delle parti molli. Lo stesso Langenbeck nel recente suo libro sopra la cura delle fratture delle articolazioni per colpo da arma da fuoco (1), contro l'opinione generalmente professata, dichiara non esservi quasi alcuna lesione del ginocchio per arma da fuoco, che nel massimo numero dei casi non possa essere felicemente governata mediante la cura conservatrice. E però il Prof. Cortese parlando non ha guari sui « Progressi della Chirurgia conservativa nelle ferite articolari per arma da fuoco (2) » giustamente compiacevasi che quei principj da lui professati e fatti manifesti sin dal 1859, sieno ormai divenuti un assioma della moderna chirurgia militare, ed anzi abbian superato il limite che allora la sua esperienza gli avea segnato (3). Il Dott. Rocco Gritti, trattando delle fratture del femore per colpo di fucile o d' altra arma da fuoco, avvalorava cotesti principii di nuove prove, e di savie riflessioni (4); il Prof. Palasciano calorosamente li sosteneva nell'*Archivio di Chirurgia pratica* (5), e quindi venivano divulgati in quelle diverse opericciuole, che sorgevano opportune in occasione della guerra, che muovevasi per liberare le provincie venete (6).

---

(1) Berlino 1868.

(2) An. un. di Med. 1869 CCVII.

(3) *Cortese*, Considerazioni pratiche sulle ferite da arma da fuoco osservate nell' ultima guerra. Torino 1859. — Estratto dell'opera suddetta ed illustrazioni del Dott. Francesco Marzolo.

(4) Delle fratture del femore per arma da fuoco studiate sotto il punto di vista della chirurgia militare. Milano 1866. — Nuovi documenti in favore della cura conservativa nelle fratture del femore per arma da fuoco (An. un. di Med. 1868 CCV 514).

(5) Archiv. di Chir. prat. An. I. n. 11 e 12, A. II n. 1-8.

(6) Vedasi più sopra. (Gaz. med. Prov. Venete 1860 p. 74 e seg.)

Ma perchè la chirurgia militare raggiunga il fine che si propone di *molto conservare*, fa d'uopo non solamente che il chirurgo, come dice il Dott. Gritti, s'addentri nella *dottrina della conservazione*, affinchè sappia conservare *aspettando*, ovvero *operando* secondo la qualità de' casi e le diverse circostanze; ma occorre altresì ch'egli sia provveduto di tutti que' mezzi che sono necessarj per contener immobile l'arto che si vuol conservare; o del quale si vuole procrastinare l'amputazione. Occorre pertanto che i feriti possano essere comodamente e con sollecitudine trasportati; che nelle ambulanze e negli ospedali non avvenga ingombro di malati, sieno rimosse le sorgenti d'infezione, sieno osservate in una parola le pratiche igieniche. Il Prof. Cortese invece di tante ferule e fasciature propose per le fratture degli arti de' semi-canali di legno dolce e sottili già dall' Assalini encomiati. Una coscia fratturata p. e., collocata dentro uno di questi ordigni foderati di cartone e di stoppa ed insieme ad esso fasciata, sta in posizione comoda e sicura; oltrechè la ferita può essere medicata senza smovere l'apparecchio incidendone semplicemente i margini (1). *L'apparecchio barella*, o doppio doccione del Prof. Palasciano è molto ingegnoso e può servire, non solamente come barella di trasporto per i feriti gravi, ma anche come letto stabile, e come apparecchio di cura a piano orizzontale o a doppio piano inclinato per le fratture del femore. Non so se ancora siano stati esperimentati sul campo questi apparecchi, i quali pel loro peso e volume non debbono essere facilmente trasportabili (2).

Ed ecco con queste avvertenze e con questi studj associate due parti della scienza salutare, le quali per lo innanzi si tenevano così separate da far credere che niuna attinenza fosse tra loro. Nè attinenza poteva essere tra Chirurgia ed Igiene allora che il ferito medicato che fosse era mandato con Dio. Sicuramente che natura, ovverossia l'aggregato di forze esistenti nel corpo vivo, è quella la quale ristaura le parti guaste e salda le disgiunte; ma ciò nè sempre nè in ogni modo avviene. Perchè l'organismo dispieghi la sua potenza riparatrice sono indispensabili certe condizioni sì nell'ambiente nel quale è posto l'infermo, che in lui medesimo: senz'aria pura, senza riposo, senz' accomodato alimento la guarigione mai.

---

(1) Considerazioni pratiche sulle ferite di arma da fuoco ecc.

(2) Gaz. med. de Paris 1865 n. 17 Feb. — Archiv. di Chir. prat. 1866 n. 3.

o malamente accadrebbe. Il chirurgo che leva d'attorno ogni sozzura, che procaccia quiete, e regola la dietetica non compie già umili ufficj: sotto la veste d' Igea egli non è meno utile al ferito, di quando arditamente recide le membra, brucia le carni, od imperterrito ferma l'onda del sangue che spiccia. Coteste diligenze nel trasportare i feriti, coteste cure igieniche sono poi quelle che al chirurgo preparano le favorevoli condizioni per imprendere le operazioni a cui sul campo e nelle ambulanze, incalzando la moltitudine bisognosa di soccorso, o scarsi essendo di ajuti, fu impossibile provvedere. In ogni tempo poi l'ordine e la pulizia negli ospedali, il buon governo dei malati, sono indispensabili per la sollecita e stabile guarigione; e più volte avremo occasione di mostrarlo. Intanto vogliamo ricordare che sul finire del passato secolo e nel principio di questo, anche i nostri chirurghi con molta premura si occuparono dell' igiene degli ospedali; ed in questo soggetto enunciarono idee e proposte che testè ancora, nella famosa discussione fatta intorno la mortalità negli ospedali innanzi all' Accademia medica di Parigi, si tennero per nuove. I danni ad esempio della soverchia riunione de' malati, i vantaggj de' piccoli ospedali furono benissimo additati dal Prof. Mongiardini di Genova (1) e dal Dott. Ercole Gigli di Pistoja (2): questi pur avrebbe voluto che nel medesimo spedale non si accogliessero malattie mediche e malattie chirurgiche, cioè che dai feriti fossero lontane il più che è possibile la cause d' infezione. Nè minore sollecitudine per conservare la salubrità dell'aria, per separare le malattie contagiose dalle ordinarie dimostrava il Flajani nel suo discorso sopra una Riforma e nuovo Regolamento degli Spedali di Roma; discorso, per altri titoli ancora, se ne eccettui poche torte opinioni, oggidì ancora commendevole (3).

I buoni effetti della chirurgia conservatrice in occasione di guerra, dipendono per la maggior parte dalla possibilità e sicurezza di porgere cura sollecita ed efficace ai feriti. La Convenzione fatta in Ginevra per la quale assicuravasi la neutralità del combattente ferito, o gravemente infermo per tutto il tempo della guerra; e di coloro pure che al servizio de' feriti stessi negli ospedali e nelle ambulan-

---

(1) Saggio sugli Spedali. Genova 1803.

(2) Sulla pericolosa riunione degli Spedali medico e chirurgo di Pistoja. Firenze 1799.

(3) Collezione d'Osservaz. T. II in principio.

ze si consacrano, è umanissima deliberazione che grandemente onora il nostro secolo, e la nostra patria eziandio; conciossiachè il generoso pensiero era propugnato dal Prof. Palasciano nell'Accademia Pontaniana di Napoli sin dall'Aprile del 1860, cioè prima che il Dunant pubblicasse le sue reminiscenze di Solferino (1).

La pratica civile od ordinaria corroborava a sua volta con la propria esperienza le massime conservatrici della chirurgia militare. Fra le parecchie memorie che si potrebbero citare in proposito, vanno ricordate, anche perchè possono servire alla medicina legale, le note cliniche del Dott. Gio. Melchiori intorno le ferite cagionate dallo scoppio di arma da fuoco (2). Vedete mutamento di opinioni! Una volta i chirurghi facevano quasi a gara per cogliere in fallo il Bilguer, che scrisse la famosa dissertazione *de membrorum rarissime amputatione administranda* (3); oggi invece vengono da ogni parte argomenti in sostegno dell'opinione del vecchio medico dell'esercito prussiano. Coloro stessi che meno sono disposti ad attendere le guarigioni naturali, antepongono specialmente in molte ferite delle giunture, la resezione all'amputazione, che quanto dire rendono omaggio ai principj della chirurgia conservatrice. La quale non pare debba trasmodare nell'intemperanze, poichè vediamo quando occorra a tutt'altro partito appigliarsi, fra noi almeno, queglino che di tali massime sono i più saldi sostenitori. Il Pof. Cortese, a cagion d'esempio, raccomanda di tosto amputare l'omero ne' cannonieri feriti nella mano se parti il colpo nell'atto di caricare il cannone: non basta disarticolare la mano, od amputare l'antibraccio; bisogna portare più in alto il coltello chirurgico perchè non cada sopra tessuti infiltrati, più o meno

---

(1) Vedi anche la Memoria dello stesso Palasciano per la neutralità dei feriti e l'aumento del personale sanitario militare in tempo di guerra. Napoli 1866.

(2) An. univ. di Med. 1858 CCV 241. Le peculiari lesioni che si osservano in queste ferite, il Dott. Melchiori le considera come effetti della distensione dei gas formatisi per l'accensione della polvere. Anche il Prof. Arcangeli di Pisa si è occupato dei vari effetti dello scoppio delle armi da fuoco, e particolarmente del colpo mancato se al momento dell'accensione della polvere la bocca della canna si trovi applicata al corpo contro cui si esplode. Ma egli fermossi alle più generali considerazioni, procurando di dare dei fatti stessi la ragione matematica, e desumendola dai principj della teoria dell' urto e della percossa (Sulla teoria dei fenomeni d' urto e della percossa e applicazioni relative alla traumatologia generale e forense. Pisa 1850).

(3) Halae 1761

guasti nell'intima loro struttura in conseguenza della scossa patita (1).

Fra le complicazioni e gli accidenti a cui soggiacciono le ferite, qualunque sia la loro origine e sede, senza dubbio che la così detta *cangrena nosocomiale, l' infezione putrida, il tetano traumatico* meritano speciale considerazione. E poichè questo e quelle di preferenza vediamo succedere negli ospedali militari e fra chi combattendo rimase ferito; viene acconcio di quì farne parola.

(*Capo* 6.°)

COMPLICAZIONI ED ACCIDENTI PIÙ IMPORTANTI DELLE FERITE: LA CANGRENA NOSOCOMIALE, L'INFEZIONE PURULENTA, IL TETANO.

Nell'Introduzione (III) fu ricordata una buona dissertazione di Gaetano Tacconi sulla cangrena che con istraordinaria frequenza e pertinacia infestò gli ospedali e quasi può dirsi tutta la città di Bologna alla metà del secolo passato. Sostenne quel chirurgo la natura contagiosa del fiero malanno, di cui egli medesimo ebbe a patire essendosi inavvedutamente ferita la mano nel medicare un piede cangrenato. Trovò i rimedj di maggior profitto essere stati i cordiali, le larghe bevande, le lozioni locali colla semplice acqua tiepida, l'evacuazione e lo spurgo delle materie putride, il fuoco attuale e la dieta (2). Parimente il Dott. Colla di Parma sosteneva nel principio del secolo in cui viviamo, contagiosa essere la cangrena tentando di spiegarne l'azione con la dottrina che naturalmente era più in voga nella patria di Tommasini (3). Il Riberi per metter fuori di dubbio che la cangrena nosocomiale è contagiosa, contro le prevalenti opinioni di Percy e Laurent, corroborò l'osservazione con esperimenti sopra sè stesso, e

---

(1) An. univ. di Med. 1860 CLXXIV 56.

(2) La dissertazione del Tacconi è corredata di osservazioni anatomo-patologiche fatte nei cadaveri di quelli che alla forza della cangrena soccombettero; di più in forma di appendice (cosa notabile per quel tempo) ha un compendio esattissimo delle effemeridi meteorologiche per gli anni 1748-49-50.

(3) Giorn. della Soc. med. chir. di Parma 1807 II, 22.

conchiuse che le parti state assalite non ne vanno immuni altra volta; anzi che l'averla patita mettrebbe maggior disposizione al contagio. La cangrena che quel chirurgo vide per quasi tre anni continui nell'ospedale maggiore di Torino ebbe questo di particolare che s'avvicendava con una risipola erratica egualmente contagiosa ma che non domandò cura speciale (1). Il Dott. Restelli, che osservava la cangrena in più di 400 casi come complicazione delle piaghe e specialmente di quelle da arma da fuoco nello spedale militare d' Alessandria, riconfermava le cose dette dal Riberi, e quindi la cura del contagio cangrenoso dover essere principalmente locale, preferendo agli altri caustici la soluzione allungatissima di potassa caustica (2). Altri antepose la soluzione di sublimato corrosivo (3); ma il Prof. Cortese a tutti i caustici potenziali antepone, come faceva il Tacconi, il ferro rovente; perciocchè negli umori della piaga cangrenosa tosto s'ammorza l'azione corrodente di quelli, quand'anche concentrati (4). Anzi il Prof. Porta accortosi, guardando ai cadaveri, che il caustico non raggiunge sempre le ultime propaggini dell'escara, e però riesce inefficace; prescegliева di fare tutt'intorno al margine gangrenoso un'incisione a guisa di solco e quindi di cauterizzarla profondamente; ovvero di tagliare addirittura tutta la porzione di carne corrotta, tramutando la piaga gangrenosa in ferita di taglio con perdita di sostanza (5). Se non che come premunire questa da nuova infezione, quando la cangrena sì facilmente s'attacca anche alle piaguzze ed alle abrasioni!

Ma nè il ferro, nè il fuoco bastano contro siffatto gravissimo accidente: fa mestieri che ventilate e nette siano le infermerie, non affollati i feriti, e che la più scrupolosa mondezza non vada disgiunta dall'appropriato regime. Tutti questi mezzi igienici debbono ajutare la cura; eglino soli possono preservare: nè altrimenti che quando fu scemato il numero de' malati e tolto l'ingombro de' letti improv-

(1) Sulla cangrena contagiosa o nosocomiale con alcuni cenni sopra una risipola contagiosa. Torino 1820. — In Francia la contagiosità della risipola non è stata generalmente adottata che in quest' ultimo decennio; ed oggi ancora v' ha chi pertinacemente la niega.

(2) Note ed osserv. clin. (An. un. di Med. 1849 CXXX.)

(3) *Bottazzi*, Alcune osservazioni su la cangrena nosocomiale (Gaz. med. Prov. Sarde 3. Luglio 1851).

(4) Guida chir. P. II 23.

(5) Sulla cura della cangrena nosocomiale (Atti dell' Istituto Lomb. 8 Agosto 1850).

visi, ebbe termine nell'ospedale di Torino, come in tant' altri luoghi è avvenuto, la cangrena dal Riberi egregiamente descritta.

Questi medesimi provvedimenti sono pur necessarj per l'*infezione purulenta* o *pioemia*; poichè anche questa procede come le malattie infettive: anzi v' hanno ragioni per credere, non solamente ad un miasma, ma anche ad un contagio pioemico. Del che non è a meravigliare, il concetto di questi due vocaboli, miasma e contagio, non potendo oggi più essere così assoluto come lo tennero per lo addietro le scuole; subito che il pus è capace di acquistare, siccome da recenti osservazioni ed esperimenti risulta, qualità nocive non per intrinseco mutamento, ma per aggiungervisi corpicciuoli viventi di natura animale o vegetale, sotto l' influsso di diverse circostanze. Dimodochè il pus non avrebbe sempre la stessa potenza infettrice, ed apparirebbe quando miasma, quando contagio, secondo che provenisse da un malato già affetto di pioemia, o da altro che ancora non lo fosse. Ma quanto mai non ignoriamo su questa malattia, quante ipotesi non dobbiamo fare per intenderne le cause, il corso, per ispiegarne gli effetti! La dottrina dell' infezione purulenta è così intimamente legata alle più generali quistioni della patologia, che di necessità ha dovuto seguirne le sorti, ed essere spiegata come una semplice flebite, od invece come prodotto della conversione diretta e spontanea del sangue in marcia, secondochè il solidismo e l'umorismo prevalevano. Che il pus possa essere ripreso nell' interno, possa essere assorbito, oggi nuovamente, dopo molte difficoltà, è stato messo fuori di dubbio: ma se soltanto per questa via l' infezione purulenta si faccia, come agisca l' infesta materia, se unicamente perturbando in modo meccanico, ovvero ancora, come pare assai più probabile, per un'azione chimica non sappiamo ancora precisamente. La semplice flebite, o la *trombosi* non possono spiegare che alcune parti od accidenti del processo della *discrasia traumatica*, come la chiama Stromeyer, volendo accennare ad un' infezione particolare del sangue prodotta dall'azione specifica di un virus, o veleno, formato nelle piaghe. In questa qualità venefica speciale, vede il Cortese la ragione precipua della diversa gravità dell' infezione piemica e del tifo, con cui la medesima tiene qualche rapporto (1). Oltre a ciò è da

---

(1) Guida teorico prat. cit. II 118.

notare che il miasma, o virus, delle piaghe penetra nell'economia per duplice via, con l' inspirazione cioè dell'aria da lui corrotta, e con l'assorbimento delle marcie. I Dott. QUAGLINO e MANZOLINI nei loro esperimenti per istudiare ciò che facciano sull' animale economia il pus e le sostanze putrefatte (1); trovarono che il pus recente, di qualunque indole esso sia, introdotto nel circolo venoso in dose elevata, se non uccide rapidamente l'animale, induce sempre la *gastroenterite:* a piccole dosi poi e ripetutamente injettato induce di più anche gli ascessi molteplici del polmone. Quindi eglino ammettevano che il pus avesse un'azione dinamica (secondo il linguaggio delle scuole d'allora) sul sistema nervoso; ed una meccanica irritativa inerente a' suoi globuli sopra i tessuti organici. L' infiammazione intestinale era appunto effetto di quest' irritazione, per quella mucosa (a cagione dell' inerzia del sistema cutaneo ne' cani sui quali sperimentarono) facendosi il maggiore sforzo di eliminazione. Ma sin' ora i cimenti fatti sovra gli animali non hanno potuto abbastanza chiarire l' intricato argomento: p. e. niuna differenza s' osserva tanto che s' injetti pus od icore, e solamente ripetendo le injezioni può ottenersi quella sequela di accessi che formano uno de' caratteri più spiccati della pioemia.

Nè dopo gli esperimenti del MAGENDIE, del BERNARD, dello SCHIFF, del MANTEGAZZA sull' influsso del sistema nervoso nel regolare la circolazione anche ne' minori vasi, nel mantenere la resistenza dei tessuti serbando l' integrità e misurata successione degli atti nutritivi, può esser messa da parte la partecipazione del sistema stesso nel fatto dell' infezione purulenta. Il Dott. ASSON insisteva su questo proposito, giudicando di molto peso i risultamenti dell' esperienze del MANTEGAZZA, e cioè che la suppurazione si forma nelle parti sottratte dal dominio dei nervi spinali, non per effetto di causa esterna, ma unicamente perchè la nutrizione v'è pervertita (2). Quindi, contro coloro che credono di cansare, tolto il coltello, i pericoli dell' infezione suddetta, concludeva non i soli vasi linfatici e le vene aver parte nel produrre gli accidenti letali, che susseguono alle operazioni; bensì anche i nervi, i quali vengono con i caustici le lacerazioni, gli e-

---

(1) An. un. di Med. 1848 CCXVIII 49.

(2) *Mantegazza*, Di alcune alterazioni istologiche dei tessuti, che tengon dietro al taglio dei nervi (*Sangalli*, Giorn. d'Anat. e Fisiol. patol. II 329).

spedienti diaclastici maggiormente offesi che con le regolari incisioni (1). Ma di questi trasmodamenti fu già detto abbastanza nel Cap. 3: avvertiamo piuttosto esser assai probabile che sotto la denominazione di pioemia si raccolgano parecchi morbi distinti per qualche particolarità etiologica, nosografica, od anatomica; nello stesso modo che ne fu già disgiunta la septicoemia con essa per lo innanzi confusa. Ma la profilassi e la terapeutica volgendosi alle più generali indicazioni, non possano seguire tutte queste differenze minute: sventuratamente non abbiamo verun rimedio che in via diretta corregga le materie infettrici, ovvero ne spunti la malagnità contro di quelle munendo sangue e tessuti nel modo appunto che far dovrebbero, secondo il Polli, i solfiti alcalini. L' opinione che l' infezione purulenta fosse un' infiammazione, o partecipasse dell' indole flogistica, dovea necessariamente condurre all'abuso del salasso in tempi ne' quali credevasi che il processo flogistico fosse sempre unico ed identico, nè in miglior modo che col sottrar sangue curare si potesse. Nondimeno medici e chirurghi avvertirono l'errore. Nè senza commozione i dotti congregati in Genova udirono l'autore della *diatesi irritativa*, il Guani, quegli che diè il primo colpo alla dicotomia eccitabilistica, prender commiato dalla professione da lui per mezzo secolo esercitata condannando l'abuso del salasso.

Come è dell' infezione purulenta così è del tetano: molte le dottrine, diversi i modi di cura tutti con vittorie, niuno senza sconfitte. Della quale differenza di effetti non dobbiamo stupirci, poichè il tetano pure è una forma morbosa in cui si hanno da distinguere e da valutare tanto il grado di risentimento che mostrano i nervi, quanto le cagioni che così li eccitano, li commuovono e distendono. E però se non v' hanno più specie di tetano, anche traumatico, sonovi bensì nel medesimo processo diversi stadj o momenti a cui non può corrispondere eguale maniera di cura. I risultati dell'anatomia patologica non hanno sin'ora recato molta luce; e forse la diversità loro procede dalla diversa durata del morbo a cui si riferiscono: la co-

(1) Sulla pioemia osservazioni e considerazioni. In: *Asson*, Mem. chir. Venezia 1868 e Giorn. Veneto Scien. med. A. 1867-68. — Altri lavori, oltre i surriferiti, noi abbiamo intorno la pioemia, ma su di essi non possiamo fermarci, perchè meno davvicino toccando le pertinenze chirurgiche, più precipuamente riguardano le generalità della patologia e dell'anatomia patologica.

piosa formazione di giovani cellule nel tessuto connettivo, *neuroglia*, del sistema nervoso centrale, ossia i rammollimenti del midollo spinale, perchè si mostrano soltanto ne' casi in cui il tetano durò parecchi giorni, pare siano piuttosto che cause, effetti o successioni del medesimo. La Società medico-chirurgica di Bologna premiava 15 anni fa un trattato sul tetano traumatico scritto dal Dott. Lorenzo Cappareli, nel quale l'affezione convulsiva è considerata come effetto dell' irritazione trasmessa mercè i nervi sensitivi al midollo spinale, e da questo comunicata ai nervi motori. Questa stessa dottrina, che rientra in quella dei moti riflessi, fu esposta, quantunque con meno precise parole dal Dott. Pietro Labus nel 1845 (1). Ma cotesta irritazione può essa considerarsi semplicemente come *una spina che punga il midollo?* Oltre questa specie di stimolo, oltre l' altro della congestione, sarebbevi mai quello di qualche insolita azione chimica? Oggi si è pur voluto fare rinascere la vecchia dottrina che il tetano sia effetto di primitiva alterazione del sangue; e da parecchi argomenti si potrebbe essere indotti a credere che anche pel tetano abbia luogo un' infezione: con ciò si spiegherebbe il fatto della maggior frequenza di sì tremenda malattia sotto certe condizioni meteorologiche, e negli ospedali che raccolgono moltitudine di feriti. D'altra parte l'osservazione che il tetano può essere limitato ad un membro, alla sola mano perfino; e l'altro che le contrazioni cominciano a manifestarsi, quando il tetano sia traumatico, il più delle volte nel luogo dell'offesa, siccome il Prof. Rizzoli in particolar modo faceva notare (2), ci forzano ad ammettere una causa locale, e più che mai un'alterazione, che lungo i nervi trascorre e si propaga.

La diversa forma delle affezioni tetaniche fu dal Bellingeri riferita alla diversa sede del processo morboso nelle varie parti del sistema nervoso encefalo-spinale: e però l' opistotono, od estensione violenta di tutto il corpo, sarebbe conseguenza di affezione del cervelletto, o dei soli cordoni posteriori del midollo spinale; l'emprostotono invece, o flessione spasmodica, effetto delle malattie degli emisferi cerebrali. Ma questa partizione non è costante: nè la

---

(1) An. un. di Medic. CXV 270.

(2) Bullet. della Scien. med. 1851 XX 167. 1857 III 301

dottrina dell'*antagonismo nervoso*, benchè accennasse all'opposta maniera di funzione che realmente è tra le parti anteriori e posteriori del midollo spinale, non può oggi esser accolta quale la concepiva fin dal 1824 il patologo Piemontese, che già sei anni prima con la sua Dissertazione inaugurale preveniva Carlo Bell in molte cose circa la struttura e funzioni dei nervi della faccia (1).

I nuovi studj che intorno i fenomeni elettrici degli animali si fecero in Italia e fuori, cominciando da Galvani, naturalmente dovettero servire di fondamento ad una dottrina del tetano: quindi la supposizione che dalla secrezione maggiore o minore del fluido nervoso e della sua scarica ne' muscoli volontarj, dall' impedita sua dissipazione od *elettragia* nascesse il tetano (2). L'osservazione che una corrente che passi interrottamente per qualche tempo nei nervi d'un animale produce le contrazioni tetaniche; che una corrente continua produce, al contrario, la paralisi dopo che vi fu passata; suggeriva l'applicazione della corrente elettrica come mezzo di cura del tetano. Il compianto Prof. Matteucci pubblicava nel 1838 la relazione di un caso di tetano traumatico, nel quale fu veduto, nel tempo in cui passava la corrente elettrica, cessare le violenti scosse e allentarsi la tensione dei muscoli (3). Ma l'elettricità, siccome tanti altri mezzi, e lo stesso curaro dal Vella, dal Parravicini, dal Gherini, dal Moroni, da Dell'Acqua e da altri sperimentato, non combatte la malattia che nella sua forma e nel suo sintoma più appariscente: nondimeno tutti questi rimedj, siano pure soltanto palliativi, non si debbono trascurare, non avendo di meglio. Alleviare i patimenti di malattia tanto dolorosa, ritardarne il corso, rimuovere il pericolo dell'asfissia, ecco quanto oggi noi possiamo tentare; ben contenti se ci sia dato di conseguire che il tetano dalla forma acuta si volga nella cronica. Il noto esperimento di Brown Sequard di eccitare contrazioni tetaniche infiggendo un chiodo nel piede d'un animale dove scorre un nervo, e di farle tosto cessare recidendo il ramo nervoso al di sopra della ferita, conforta tanto la dottrina che considera il tetano come uno spasmo riflesso, quanto la cura chirurgica che dal sem-

---

(1) *Bellingeri Carlo,* Ragionam. sperienze ed osservaz. patol. comprovanti l'antagonismo nervoso. Torino 1833 Prefaz.

(2) *Petrunti,* Mem. chir. Napoli 1820. Mem. I.

(3) Bibliot. univers. de Genève. Mai 1838.

plice taglio di filamenti nervosi può andare sino all'amputazione. Ma sino a qual punto questi mezzi chirurgici possono tornare proficui, poichè, non ogni volta che adoperati, fermarono il male? Sarebbevi anche per il tetano una specie d'incubazione siccome è nella rabbia con cui il tetano tiene eziandio altre analogie? Quante quistioni, quante dubbiezze! Inoltre può benissimo accadere, riflette il Prof. Rizzoli, che un ferito per essere esposto a cause *reumatizzanti* incorra nel tetano reumatico, cioè, in una forma di tetano, che non avendo attinenza con la ferita, malamente andrebbe curato con mezzi chirurgici. Non basta che sia presente la cagione traumatica, o ne sia manifesto l'effetto: conviene che tra lo spasmo e l'offesa locale siavi intima dipendenza, perchè il chirurgo si risolva ad intercidere qualsiasi comunicazione fra i nervi sensitivi del punto leso ed il midollo spinale. Il Prof. Rizzoli, che seppe cogliere quest'indicazione causale, ebbe la buona ventura di salvare parecchi infermi dalla morte che loro sovrastava; e tra gli altri uno cui disarticolò la gamba dal ginocchio (1). Ma non sempre facile è lo scoprire cotale attinenza; ed anche aggiungasi, secondo che notava il Dott. Giacomo Barovero in fra gli altri, che talvolta le convulsioni tetaniche appajono conseguenza sì della causa violenta che della reumatizzante, in quanto che questa che sopravviene, quantunque lieve, può far iscoppiare lo spasmo, che per sè stessa la ferita o la percossa non avea potuto produrre, ma soltanto in certo modo predisporlo (2). E però ben vedesi quanto in questi casi sarebbe prezioso l'anzidetto criterio « *le contrazioni partire dal luogo dell'offesa del tetano veramente traumatico* » se per molte osservazioni fosse messo fuori di dubbio.

---

(1) Disarticolazione di gamba al ginocchio per tetano traumatico (Mem dell'Accad. delle Scien. di Bologna. Serie II T. IX). — Della nevrotomia nella cura del tetano sarà detto al Cap. 35.

(2) Ricerche sulla causa delle convulsioni, del trismo e del tetano, che insorgono per ferite d'arme da fuoco, o per altre violenti lesioni, onde stabilire il tempo più opportuno per eseguire l'amputazione del membro offeso (Note al Sistema di Chir. operat. di Carlo Bell. Torino 1817 T. III P. II p. 245 — Ann. un. di Med. 1820 XVI 277).

(Capo 7.°)

CURA DELLE FERITE E DELLE PIAGHE.

DELL'ANTRACE — DEL FLEMMONE E DEGLI ASCESSI.

Vedemmo, parlando della chirurgia nel passato secolo, quanta semplicità fosse generalmente adoprata nel medicare le ferite e le piaghe: nè tal metodo di cura nasceva allora. Esso era già dalla maggior parte dei nostri chirurgi del cinquecento praticato, e prima ancora che Paracelso venisse a dire che le piaghe guarivano non per opera dell'arte, ma per virtù del *balsamo radicale* che è nel corpo nostro. Anzi qui diremo a coloro, i quali credono novità il sovrapporre bambagia alle ferite, che tale indumento era anche adoprato ai tempi di Magati, che è quanto dire più di due secoli e mezzo fa « Elegans medicus (scriveva il celebre Scandianese) tegumentum aptum facile parabit ex duplicato, triplicato, vel pluries etiam plicato linteo; modo etiam ex tenui stupa, vel molli lana aut *gossypio* confectis splenis vel pulvillis, tantae vero latitudinis ac longitudinis ut de parte sana non parum comprehendat (1) ». Il vecchio Nannoni quando andò a Parigi rimase scandalizzato che tanta fede ancora si avesse ne' sarcotici e negli incarnativi; nè colà di certo apprese quel semplice suo medicare, e la massima di fidare nei rimedj interni per sanare le piaghe, piuttosto che nei balsami o nelle resine, quando non bastino le fila asciutte, od altri mezzi puramente difensivi, assorbenti e mollificativi. Se ne' precetti Nannoniani v'ha, o può venire il difetto di non attendere quanto basta alle varie condizioni del guasto locale; non può dirsi lo stesso de' precetti del Flajani e del Monteggia ad esempio, i quali convenivano che l'arte ha certa efficacia

---

(1) De rara medicatione vulnerum Lib. I Cap. XXXV. Concluditur officium medici in curatione vulnerum, et de qualitate tegumenti. — Il Riberi avendo instituito sperimenti di confronto sull'utilità e sull'economica relative del cotone cardato e delle filaccia nelle medicature, conchiudeva non aversi risparmio di spesa adoprando la bambagia, la quale soltanto torna utile nelle ulceri atoniche, nel primo stadio delle ferite con commozione, con istupore ed in casi consimili. (Giorn. delle Scienz. med. Torino 1846 XXV).

nel secondare e promuovere le operazioni di quella naturale forza medicatrice, che si sviluppa nelle parti offese (1). Anzi il Bonioli, che come dicemmo fu discepolo del Nannoni e professore a Padova, mentre che nel modo di curare le ferite d'arme da fuoco esprimeva il carattere della Scuola Fiorentina, nondimeno teneva buon conto delle peculiari condizioni della parte essendo pur vero che « dall'opportuno topico adattamento dei pochi rimedj giusta l'indole delle circostanze combinatesi nel soggetto, dalle quali risulta quella tal piaga particolare co' suoi rapporti, si allontanano infiniti mali (2) ». Similmente i banditori delle mediche dottrine, che riguardavano le malattie quali effetti di sbilanciata o sconvolta diatesi, concedevano darsi lesioni sì locali da non potersi altrimenti curare che con mezzi topici. Il Tommasini fra gli altri, inchinando a congiungere il processo chimico-vitale all'elemento dinamico, insegnava che le ulceri croniche il più delle volte non formavano che un'offesa del tutto locale. Quindi sin dai primi anni di questo secolo i varj modi di cura topica, e particolarmente il metodo di Baynton, per rimarginare le ulceri croniche delle gambe furono con buon frutto praticati (3). Lo stesso fu fatto della compressione, la quale dal Cimba, dal Palazzini e dal Barovero venne adoperata per curare i bubboni suppurati, i seni e le fistole degl' inguini che a' medesimi conseguono (4). Sull'efficacia del calorico nella cura delle ulceri scrisse lo Scavini alquanto tempo fa una Dissertazione, nella quale, sebbene sia esagerato il valore del proposto espediente, v' hanno pure viste meritevoli di considerazione (5).

La riunione immediata, che tanto generalmente era raccomandata nelle scuole nostre, in Francia non prese piede che con Roux e Delpech. Non pertanto fra noi quella non si volle così ottenere per forza, da venirne l'abuso delle suture, come v'era stato quello degli

---

(1) *Flajani*, Nuovo metodo di medicare alcune malattie. Roma 1786. — *Monteggia*, Instit. C. II §. 159.

(2) Saggi dell'Accademia di Padova III P. II 19.

(3) Veggasi l'opuscolo del Rusconi intorno il metodo di Baynton (Pavia 1817), e diverse memorie specialmente negli An. un. di Med. T. V e XLII.

(4) An. un. di Med. 1818 V 159, VII 149. — *Nomis*, Cenni sull'utilità delle fasciature nella cura dei morbi chirurgici, e sul richiamo del loro uso. (Giorn. dell'Accad. med. di Torino. Giugno 1851 p. 156).

(5) *Scavini Gio Maria*, Sull'efficacia del calorico ecc. Diss. teor. prat. Torino 1814

unguenti: e poichè fa pur d'uopo, per una od altra ragione, lasciar aperta una ferita, e abbandonata per così dire, alla via della suppurazione (1); così i chirurghi posero ogni studio (ammaestrati dai pericoli dell' infezione purulenta) perchè l' assorbimento della marcia non succeda, perchè questa e gli altri umori formati dalla piaga ristagnando non imputridiscano. Quindi le polveri antisettiche, i lavacri ed le injezioni con liquidi disinfettanti. Il Dott. Callegari di Venezia ed il Borelli di Torino furono tra noi, se non i primi, i più diligenti e caldi sostenitori del metodo delle injezioni jodiali. Il primo limitavasi ai risultati della pratica (2); l'altro instituiva molte esperienze ed osservazioni sull'azione e sugli effetti della tintura di jodio ne' tessuti e negli umori animali per quindi valersene nella cura dell' idrocele, dei tumori cistici, degli ascessi lenti e di analoghe malattie (3). Veramente la tintura di jodio non solo modifica le secrezioni e le parti che gemono umori, ma anche serve a far aderire tessuti staccati, siccome nelle fistole e nelle ulceri infistolite; e quando tanto non faccia, è buon sussidio ne' casi eziandio a cui l'operazione non basta. Per altro dove meglio giova la tintura di jodio è nelle cisti sierose: contro le medesime divenute purulenti quella non ha più eguale efficacia. Senza dire che la tintura di jodio debba tutta la sua virtù al mestruo che scioglie il metalloide, non può niegarsi che anche l'alcool, e lo stesso vino non valgano ai medesimi ufficj di modificatori. Celso non curava forse l' idrocele injettando nella vaginale acqua che teneva sciolto semplicemente del sale, o del nitro? Noi vediamo oggi gli alcoolici di bel nuovo in molto onore nelle terapeutica chirurgica, sì per rendere innocui gli umori delle parti piagate, che per impedire l' imbevimento morboso de' tessuti: le osservazioni fatte in diverse cliniche soprattutto con l'alcool canforato, sarebbero favorevoli a questo risuscitamento di vecchie pratiche chirurgiche. Il nostro Flajani nelle piaghe che hanno margini callosi e sono languide, raccomandava l'uso della canfora; perchè, opponendosi questo stearopteno alla corrutela degli umori, la natura ha maggior co-

---

(1) Vedi in proposito le savie riflessioni del Palamidessi ne' suoi insegnamenti di Chirurgia pratica. Firenze 1869.

(2) Sopra alcuni casi di tumori cistici guariti colle injezioni di tintura di jodio (Memor. della Medic. contemp. 1846 XV).

(3) An. un. di Med. CXXI, CXXVIII, CXXXI.

modo per sanare le piaghe stesse (1). Il chirurgo romano seguiva il Baglivi, il quale insegnava che quanto nuocono gli unguenti nella cura delle piaghe ed ulceri atoniche altrettanto giovano le sostanze balsamiche, le decozioni e tinture vulnerarie (2): maniera di cura da non pochi odierni chirurghi manifestamente prediletta; troppo poco favorita, se non avversata, da altri (3). Guardiamoci di non rinnovare le sette chirurgiche del Medio Evo, le quali fra loro si distinguevano per la qualità delle sostanze che nella cura delle ferite adoperavano.

Per altro le sostanze spiritose non solamente debbono essere adoperate per l' irritazione che producono, e per l' attività che comunicano ai tessuti; ma anche come mezzi antisettici. Similmente i caustici vengono usati non tanto pel primo loro effetto di abbruciare e distruggere, quanto per l'altro di rieccitare gli atti della vita languente. Inoltre i caustici col torre o diminuire che fanno l' assorbimento per le parti ferite od altrimenti piagate, servono ad impedire l' infezione del sangue: il quale scopo è, secondo che dicemmo, fra i precipui della terapeutica chirurgica, il motivo di speciali pratiche, di nuove operazioni, o modi di cura. Il Dott. Borelli per isfuggire il grave pericolo, consiglia di bruciare l'osso scoperto col ferro rovente (giacchè a suo parere l' infezione purulenta succede particolarmente quando le ossa suppurino acutamente in contatto dell'aria), o con altri caustici potenziali, ed anche con la tintura di jodio puro (4). Ma quest'ardita pratica, benchè sostenuta dal Bonnet e da altri, non ancora è stata bastantemente provata. Anche il Signoroni, discepolo del Kern, fu molto partigiano del fuoco come rimedio o presidio chirurgico; questa fiducia era in lui mantenuta eziandio dai buoni effetti ottenuti dal suo predecessore il Prof. Cesare Ruggieri, e particolarmente dal Volpi di Pavia tanto nel morbo coxario, quanto per convertire il processo degli ascessi inveterati e delle carie rodenti in un processo plastico di buona natura (5). La scuola Napoleta-

(1) Sopra l'uso della canfora nelle piaghe esterne. In: *Flajani,* Nuovo metodo di medicare ecc. Roma 1786 p. 111.

(2) Pract. med. Lib. I C. 14.

(3) *De Sanctis.* Patologia e terapia dell' ulcera. Napoli 1863.

(4) Raccolta di Osserv. Torino 1867 II 256.

(5) Specchio dei risultamenti avuti dall'uso del fuoco dai Prof. Kern, Volpi e Rust (An. univ. di Med. 1829 XLIX 507).

na, conservando le tradizioni del Severino, fu una delle più favorevoli all'uso del fuoco in chirurgia: il Prof. Palasciano, per dire di uno de' più illustri, amputava la falangetta del maggior dito del piede per mezzo del ferro rovente; lo stesso espediente proponendo per recidere il pene. Proponeva altresì di cauterizzare l'intera cavità dell'utero come mezzo di prevenire l'infezione putrida, ovvero sia la febbre puerperale (1). Ma niuno de' nostri ostetrici, ch' io sappia, ha messo in pratica il pericoloso suggerimento. Il Prof. Cortese confessa che, sebbene abbia veduto meravigliose guarigioni mercè il caustico attuale, nondimeno mai giunse a persuadersi che questo mezzo potesse tanto estendersi quanto da alcuni volevasi; nella chirurgia traumatica pare a lui non possa convenire che in certe necrosi poco profonde, e nella cangrena nosocomiale.

Bensì l'applicazione del ferro rovente sopra ferite prodotte da animali rabbiosi, od anche solamente sospetti, fu caldamente e con ragione raccomandata per l'unico mezzo a cui si possa con fiducia ricorrere affine di scampare dalla terribile sciagura.

Il predetto Prof. Palasciano faceva notare, che la cura *aspettante* nel vespajo o favo preconizzata assai prima del Nèlaton da Castellani (2), è quella che conta meno guarigioni; ne' casi curati con le incisioni profonde le guarigioni pareggiano le morti; giovandosi delle incisioni ed insieme della cauterizzazione, come raccomandava Santoro, di 16 infermi il Palasciano ne vedeva guarire 12 (3). Altri nondimeno, ed anche di recente il Dott. Zambelli, mettono innanzi casi di favi gravi anzi che no, guariti senz' operazione chirurgica, usando cioè semplicemente della cura emolliente, od antiflogistica (4). La qual differenza ne' precetti e ne' risultamenti della pratica trova in parte ragione nella diversa estensione e sede del tumore, nei diversi suoi stadj, nella varia qualità della complessione dell' infermo. Oltre di che non ancora è ben definito il concetto della malattia; la quale se da un lato si mostra coi caratteri di flemmone circoscritto e di ma-

---

(1) Rendic. dell'Accad. med. chir. di Napoli 1851 V. 126, 1859 XIII 161. — Archiv. di Chir. prat. I. 117.

(2) Osservazioni di favi guariti senza far uso del taglio (Il Severino A. 1834).

(3) Lezioni di Clin. chir. In: Archivio di Chir. prat. A. 1866 Vol. II.

(4) *Zambelli Giacomo*, Cenni sopra dodici casi di favi gravi, felicemente curati senza incisione (Gaz. med. Prov. Venete 1864 p. 81).

lattia locale, dall'altro appare non rare volte come manifestazione di malattia generale e di profondo disordine di tutta l'economia. Donde la distinzione di antrace benigno e maligno, ovvero di antrace furuncoloso e vero: quando in verità antrace, rispetto all' etimologia, non significa di più che *carbone* o *carbonchio*, nome già proprio di malattia ben diversa per natura, essendo effetto di speciale cagione, virulenta ed inoculabile. Il Ranzi procurò di correggere il linguaggio, la cui confusione nuoceva, non che ai concetti patologici, alle amministrazioni terapeutiche: ciò stesso fece il De Sanctis (1). Entrambi vollero serbato il nome greco di antrace, senz'altro aggiunto, per esprimere quella *ceppaja di foruncoli*, che dai nostri vecchi ebbe nome di *favo* o *vespajo;* e l'altro volgare di carbonchio alla malattia virulenta o maligna, distinguendo poscia il carbonchio spontaneo dal comunicato. La nomenclatura, come ben vedesi, è artificiosa, e soltanto quando da tutti accolta potrebbe servire allo scopo.

Il Ranzi, poi avvisava che la cura chirurgica nel carbonchio spontaneo dev'essere posposta a quella medica, l'opposto invece nel carbonchio comunicato e nella pustola maligna che per lui sono identiche malattie (2). Il Larghi in luogo del fuoco nell'antrace benigno o furuncoloso, cioè nel favo, usa da vent'anni il nitrato d'argento, che in forma di cannelli introduce e lascia liquefare, dentro il vespajo dianzi spaccato in croce (3). Il medesimo si giova altresì della soluzione di nitrato d'argento, da cui, injettata negli ascessi freddi, avrebbe ottenuto straordinarie guarigioni (4): il Bellini invece adoperava la potassa. Ma i caustici hanno pur sempre l' inconveniente, adoprati in tali modi, che l'azione loro non può venire, secondo che convenga, regolata (5). Il Larghi poi non adopera la cauterizzazione soltanto

(1) Il *Morgagni* A. III.

(2) Intorno la cura del Favo meritano di essere ricordate le Lettere del Fabbri al Dott. Marini (Opusc. della Soc. Med. chir. di Bologna Vol. VIII e IX). Veggansi anche le Considerazioni teorico-pratiche intorno il Foruncolo e l'Antrace del Prof. Umana (Sardegna medica A. 1868). Pregevole è la memoria del Dott. Callegori sui tre casi di morte, probabilmente per effetto di pustola maligna, avvenuti in Venezia nella stessa famiglia con fenomeni consimili, ma straordinarj (Giorn. Veneto delle Scien. med A. 1857).

(3) An. un. di Med. 1866 CXCVI 127.

(4) Valga fra le tante quella inserita negli An. un. di Med. T. CCI 483, nella quale con le injezioni di azotato d'argento guarì l'ascesso freddo dell'anca, e ritornò nell'articolazione il capo del femore lussato.

(5) Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino 1852 T. XIV e XV.

negli ascessi freddi e sintomatici; chè anche se ne giova nella cura dei flemmoni e degli ascessi flemmonosi. In questi, come nella risipola, il chirurgo di Vercelli non usa ricorrere nè a salassi, nè a sanguisughe (eccetto il caso di flemmone oculare), ma più spesso dà mano agli analettici, e fa assegnamento sul buon vitto.

In cotesto astenimento dalle deplezioni sanguigne ed in cotesta lauta dieta, piuttosto che reazione contro l'abuso che per lo passato erasi fatto del salasso e del regime deprimente negli operati, preferiamo di vedere il prudente adattarsi alle condizioni de' luoghi e de' soggetti; Vercelli essendo circondata da risaje, ed il Larghi avendo ufficio di chirurgo in quell'ospedale. Non già che anche il flemmone non possa essere guarito senza salasso: la semplice compressione, e quella anche fatta con le dita, può bastare siccome da non pochi fatti esposti dal Prof. Vanzetti è provato (1). Ma come la compressione non può essere elevata a metodo generale di cura, così neppure l'esclusione del regime antiflogistico dev'essere assoluto. E per vero, poichè non abbiamo specifici, qual'è mai il rimedio che possa bastare sempre ed in egual modo in tutti i casi anche della stessa malattia? Ned altrimenti è del cibo: fra la dieta sì stretta che affama, e l'altra sì abbondante che fa indigestione, ci ha da essere di mezzo quella che nutrisca quanto è d'uopo. In breve del cibo è come de' medicamenti: conviene variare la quantità e qualità secondo la natura e il momento della malattia, secondo la condizione de' malati e de' luoghi ancora.

Della compressione digitale dovremo particolarmente discorrere trattando degli aneurismi; approfitto per altro di quest'occasione per

---

(1) *Vanzetti*, Cenni sulla cura dell'infiammazione colla compressione digitale (Giornale Veneto Scien. med. T. X Venezia 1868). — Ai casi narrati del Dott. Vanzetti (Gaz. med. Prov. Venete 1858 p. 11, 33, 55 e 1865 p. 426. — Communications faites à la Société impériale de Chirurgie de Paris dans l'année 1867. Paris 1868 p. 35, 46. Se ne aggiunsero parecchi altri esposti per la massima parte nella Gazzetta suddetta di Padova (A. 1858-1862), nella Gazzetta medica di Lombardia (A. 1858 p. 308), in quella degli Ospedali di Genova (A. 1860 n. 1), e nella dissertazione del Dott. A. Ceccarelli (Della compressione in chirurgia e particolarmente della compressione digitale nella cura delle infiammazioni esterne, Roma 1865). Anche nella pustola *carbonchiosa* o *maligna* la compressione digitale venne adoperata dal Dott. Lamprecht (Gaz. med. di Padova 1861 p. 144), e particolarmente con vantaggio più manifesto dallo stesso Prof. Vanzetti, il quale comunicò la storia del caso alla Società di Chirurgia di Parigi (Communications cit. p. 50).

mettere a confronto il diverso modo di operare di due chirurghi, che pur entrambi si propongono d'interrompere il corso del sangue nell'arteria principale d'un membro, o d'un' articolazione infiammata. Il Little allaccia il vaso (1), il Vanzetti lo comprime con le dita. Nè l'uno nè l'altro fanno certamente ciò che dalla maggior parte de' chirurghi d'Inghilterra e d'Italia in casi simili è operato; ma il chirurgo inglese mostra come oltremonti spesse volte l'azione chirurgica sia audace senza bisogno; l'italiano invece come tra noi, anche nelle innovazioni, l'avventatezza non prende la mano alla prudenza.

Innanzi di passare ad altro soggetto è opportuno di ricordare una maniera di cura per i bubboni suppurati, la quale come cosa nuova pochi anni fa ne' giornali medici venne bandita, mentre che da mezzo secolo e più era stata fra noi proposta e praticata. Quando il tumore sia maturo, dice il Dott. Palazzini, si fanno una o più punture con la lancetta nella parte più declive per dare libero scarico alle marcie; quindi per procurare alle pareti del vuotato bubbone la necessaria attitudine per aderire alle parti sottoposte, si fa sul medesimo adatta compressione e fasciatura (2). Oggi non direbbesi questa applicazione del metodo delle incisioni sottocutanee? Ma prima ancora, i due Nannoni ed il famoso Cirillo avean alzato la voce contro le antiche pratiche di aprire i bubboni e consimili ascessi; i chirurghi mossi dalle autorevoli raccomandazioni sostituirono alle grandi incisioni, alle cauterizzazioni con perdita di sostanza « picciole punture e replicate al caso ad imitazione delle aperture spontanee, onde togliere l'impressione dell'aria sempre dannosa ad ogni sorta di ferite o piaghe (3) ».

---

(1) Nel London Hospital il Little legò in un caso d'artrite acuta traumatica del ginocchio la femorale, e l'arteria omerale in un flemmone della palma della mano: amendue le operazioni furono fortunate, ma neppure per ciò da approvarsi (The Lancet 1867 15 Giugno, Medical Times and Gazette 1867 22 Giugno).

(2) An. un. di Med. 1818 V 159.

(3) *Palazzini*, l. c. p. 164.

(*Capo 8.°*)

TUBI PERTUGIATI E FOGNATURA. INFLUENZA DELL'ARIA NELLE CAVITÀ CHIUSE. – DELL'EMPIEMA. STUDI INTORNO AL PUS. – DELL'INGRESSO DELL'ARIA NELLE VENE.

Per agevolare lo scolo della marcia, e degli altri umori formatisi in seno ai tessuti, non bastando le metodiche pressioni, i setoni e simili espedienti, i tagli molteplici e le spaccature recando nocumento, furono trovati opportuni i tubi di gomma elastica solforata. La fognatura per opera principalmente dello Chassaignac ha preso già un bel posto nella pratica chirurgica; ma è da badare che il troppo volerne far uso non le nuoca, perchè soverchio sarebbe, ogni volta che s'ha da fare sgorgare qualche liquido, il ricorrere a tale specie di canali (1). Il Dott. Ciniselli, accostandosi all'opinione di Sédillot (il quale teme che i tubi, se introdotti soltanto con semplici incisioni, non bastino a soddisfare lo scopo della fognatura) fa larghe incisioni e controaperture, le quali permettono di schizzare acqua od altro lavacro entro que' cavi e recessi sinuosi (2). Ma per tal modo non si toglie alla fognatura il principale suo carattere di evacuare gli umori ristagnanti senza aprire ampia strada all'aria? Il Dott. Candiani non crede che l'ingresso dell'aria mentre apronsi gli ascessi per congestione sia causa di pioemia: il pus è già di sua natura maligno e *cadaverico;* non pertanto finchè rimane chiuso nel suo sacco può essere tollerato, ed anche a poco a poco, subendo favorevole decomposizione, assorbito. Quando invece tagliasi od incidesi l'ascesso, larga via si apre perchè il pus mettendosi in bocca dei tanti vasellini venosi e linfatici si versi nel sangue e lo infetti (3). La quale opinione del Dott. Candiani sarebbe convalidata dagli esperimenti instituiti due anni dopo da Flourens, donde appare avere il

---

(1) *Bottini E.*, Sul drenaggio chirurgico (An. un. di Med. 1863 CLXXXIV 313).

(2) An. un. di Med. 1864 CLXXXVIII 312.

(3) Gaz. med. Prov. Venete 1861 p. 152.

pus una virulenza propria e indipendente dall'azione dell'aria: con questo per altro che tale virulenza non si manifesta se il pus rimane nel posto e nell'organo in cui si è formato, e salta fuori invece subitamente se da un animale il pus medesimo sia trasportato sopra un altro, e nello stesso animale passi da una in altra parte (1). Nondimeno se l'infezione avvenisse, come vuole il predetto chirurgo, solamente per le boccuccie de' vasi assorbenti recisi, allora aprendo col cauterio o col caustico gli ascessi e gli altri depositi di marcia, dovrebbesi evitare il pericolo dell'infezione; la qual cosa sventuratamente la pratica mostra non succedere. Il Prof. Burci ammette l'azione perniciosa dell'aria (e lo stesso Flourens ne' suoi esperimenti vedeva che il pus preservato dall'azione dell'aria avea qualità meno venefica dell'altro che così non fosse stato custodito); ma solamente quando essa si trova rinchiusa e ferma in una cavità purulenta: allora essa per opera, a quel che pare del suo ossigeno, scompone e fa imputridire la marcia. Invece la stessa aria, i gas che la formano e particolarmente l'acido carbonico non nuocono, purchè agitati e liberi sempre, alle piaghe ed alle ferite; anzi ajutano la riunione ed agevolano la cicatrice (2). Sono note in proposito le osservazioni del Demarquay; ed è pur nota la proposta del prof. Bouisson di Montpellier di lasciare le piaghe scoperte in contatto dell'aria, anzi di soffiare questa su quelle. Se non che ben guardando la ventilazione (che d'altronde mai potrebbe essere metodo generale) ha per effetto di sottrarre all'azione dell'aria le parti ferite, queste eccitando a gemere umore concrescibile, che a loro diviene, mentre è velamento, anche difesa; la qual cosa ad arte si è poi veduto ottenere con quelle diverse specie di medicatura che dicesi *per chiudimento*. Ma tornando all'importante argomento dell'influenza dell'aria nelle cavità chiuse, il Prof. Burci a sè medesimo fa la domanda, com'è che l'aria ambiente può entrare nella sacca pleuritica, ora senza danno ed ora con manifesta offensione? Può entrare senza danno egli crede, quando entrata che sia, può usciere e rinnovellarsi, e quando il polmone non avvallato nè fisso, possa distendersi e avvicinarsi alla parete toracica, e con i suoi proprj atti d'inspirazione spingerla fuori e liberarsene. Ed a questo proposito cade in taglio di ricordare le conside-

(1) An. un. di Med. 1863 CLXXXVI 216.

(2) Dell'influenza dell'aria atmosferica nelle cavità chiuse (An. un. di Med. 1863. CLXXXIV 95).

razioni che il Dott. Carlo Busi faceva seguire ad alcune storie di empiema, distinguendo opportunatamente il caso in cui l'aria si faccia strada per una ferita accidentale, dall'altro in cui penetri per un'incisione operata ad arte, affine di dar esito ad umori raccoltivisi; cioè quando lo stravaso abbia fatto subire al cavo che lo contiene importanti mutazioni (1). Forse che, anche potrebbesi domandare, l'aria che sta ferma, o pigra si muove, è maggiormente propizia allo svolgimento e propagazione di quei germi, da cui oggi la maggior parte delle malattie infettrici si vorrebbero far dipendere? Certo è poi che mercè la premurosa osservanza de' precetti igienici, mercè la cura di tenere nette e deterse le cavità suppuranti noi allontaneremo il pericolo che si raccolgano quegli umori, che guasti ed assorbiti sono velenosissimi. Così con mezzi semplici e razionali, diceva il Palamidessi a' suoi scolari, si può in gran parte supplire con meno dispendio od imbarazzo alla mancanza di quei meccanismi assorbenti che il Maisonneuve ed altri vorrebbero che si applicassero ad ogni vasta superficie traumatica o suppurante (2).

Pertanto è da desiderare che la chimica c' indichi quali alterazioni avvengano dentro que' cavi in cui l' aria stagna, se qualche cosa altra si formi oltre l'acido solfidrico e l' ammoniaca; imperocchè l' infezione purulenta non può considerarsi semplicemente come un'ammoniemia od altro consimile avvelenamento. Noi attendiamo altresì che la patologia generale ci manifesti qual parte abbiano in tale processo gli anzidetti minimi esseri viventi, se la loro presenza sia causa od effetto del male, od un semplice accidente. L'analisi chimica fu pure chiamata in ajuto per distinguere la diversa provenienza del pus, e si credette che le marcie degli ascessi sintomatici o per congestione fossero, rispetto a quelle degli ascessi flemmonosi, oltremodo cariche dei sali terrosi che sono tanta parte nella composizione delle ossa. Tale differenza sarebbe stata assai utile nei casi di dubbia diagnosi; ma le analisi del Prof. Capezzuoli (3), e le altre, che il Prof. Landi faceva ripetere in Siena dal chimico Belardi, dimostrarono la fallacia dell'anzidetto criterio chimico (4). Colgo quest'occasio-

---

(1) Bullet. delle Scien. med. 1860. XIII 371. Vedi altre parole in proposito al Cap. 62.

(2) Insegnamenti di chir. prat. Firenze 1869 p. 8.

(3) Trattato di Chim. organ. Firenze 1859 T. I.

(4) La Clinica chirurgica. Siena 1864 p. 53.

ne per rammentare che il chirurgo fiorentino GIUSEPPE CAVALLINI nel secolo scorso instituiva una serie d'esperimenti e di osservazioni microscopiche per ischiarire la natura delle marce (1). Soltanto dopo quasi mezzo secolo apparve la nota opera del GRUITHUISEN « Naturhistorische Untersuchungen über den Unterschied zwischen Eiter und Schleim durch das Mikroscop. München 1809 ». Parimente nel secolo scorso il Prof. BONIOLI di Padova procurava d'introdurre nello studio delle marcie parecchie distinzioni desunte dall'indole particolare del male, e dalla qualità degli organi che sono dal medesimo afflitti (2). Il BELLINGERI poi nei primi lustri del presente istituiva esperimenti su lo stato elettrico di quest'umore (3); e prima ancora due altri membri dell'Accademia delle Scienze di Torino, ROSSI e MICHELOTTI, analizzando la marcia vi trovavano una materia speciale che chiamarono *purulina*, e che parve loro fosse rispetto a quella, ciò che l'urea è riguardo all'orina (4). Gli studj moderni intorno al pus ed al processo per cui s'ingenera questa materia vennero diligentemente esposti dal Dott. SAVIOTTI nella sua dissertazione per esser aggregato al Collegio medico-chirurgico di Torino (5); ei trattò insieme delle varie influenze del pus sull'organismo, soggetto a cui particolarmente attese, come argomento di scienza e pratica chirurgica il Prof. DE SANCTIS nel suo Corso di Patologia chirurgica (6).

Ma l'aria, quest'elemento indispensabile di vita, può talora divenire cagione di morte anche per semplice azione meccanica. Facendo operazioni nel collo, nell'ascella od in altre parti prossime alla cavità del petto, succede talvolta che l'aria gorgogliando si cacci dentro le grosse vene ferite e produca immediatamente la morte, così distendendo le cavità destre del cuore da torre loro ogni virtù di muoversi, e spingere il sangue ne' polmoni (7). Contro questa spiegazione generalmente adottata, e che troviamo anche accennata

---

(1) Collez. istor. di casi chirurgici. Firenze 1767 II P. I in fine.

(2) *Ruggieri*, Dizion. di Chir. III 248.

(3) Mem. dell'Accad. delle Scienze di Torino 1829 XXXIII 199.

(4) Ivi 1809 X 109.

(5) Torino 1868.

(6) Napoli 1868.

(7) *Cappelletti G.*, Riflessioni teorico pratiche sull'ingresso spontaneo dell'aria nelle vene (Ann. univ. di Med. 1841 XCVII 26). — *Riberi*. Introduzione d'aria in una vena voluminosa nell'atto d'un'operazione chirurgica (Giorn. delle Scien. med. Torino Sett. 1842) ecc.

nelle lettere del MORGAGNI (1), il Dott. ORÈ di Bordeaux ha mosse parecchie obbjezioni appoggiandole ad esperimenti: a suo dire l' aria che penetra nelle vene non uccide a quel modo, bensì perchè la medesima paralizza, con l'azione sua torpente, la fibra muscolare del cuore. Pensiero non nuovo nella sostanza, come può vedersi nell' opera del WATTMAN che prese in esame le varie spiegazioni date intorno quest' importantissimo soggetto (2). Il clinico viennese considerava eziandio l' ingresso dell'aria nelle vene rispetto alla sua importanza medico-legale; ma in ciò egli fu prevenuto dal TURCHETTI con le sue Considerazioni fisiopatologiche sopra un caso di universale pneumatosi, lette alla Società medico-chirurgica di Bologna nel 1841 (3).

(*Capo* 9.°)

DEI CAUSTICI, DELL' ELETTRICITÀ E DELL' AGOPUNTURA.

Più sopra abbiamo veduto come i nostri chirurghi del caustico attuale, e degli altri che diconsi potenziali abbian fatto uso con altri fini che quello di distruggere e di abbruciare. Questa direi deviazione dei caustici dal loro naturale ufficio, benchè non sia cosa affatto nuova, mai ebbe sì largo impiego quanto presso la moderna chirurgia; e la stessa *cauterizzazione lineare* con le cavicchie di cloruro di zinco di GIROUARD, o con le freccie di MAISONNEUVE non distrugge già il tumore, contro il quale è adoperata, siccome farebbe il ferro infocato od altro caustico nel modo ordinario applicato; ma piuttosto lo stacca e fa cadere. Le amputazioni fatte per questo modo ricordano l' impotenza della chirurgia degli Arabi, che non sapendo nè antivenire nè fermare lo sgorgo del sangue, con istrumenti arroventati mutilavano le membra. Le medesime operazioni provano altresì nulla cosa maggiormente nuocere ad un metodo operativo quanto il portarlo fuori dai limiti in cui realmente può giovare,

---

(1) Epist. anat. med. V art. 18.

(2) Sicheres Heilverfahron bei den schnell gafährl. Lufteintritt in die Venen. Wien 1843.

(3) Mem. della Soc. med. chir. di Bologna Vol. III.

là trovando le naturali sue indicazioni. Il Prof. Fulvio Gozzi tenendosi appunto dentro il giusto campo riesciva a staccare strume, ovverossia tumori scrofolosi anche di non piccolo volume, adoperando trochischi composti di diverse sostanze caustiche, che poi convenientemente collocava, più o meno addentro spingeva secondo i varj casi, la mole, la posizione e la durezza dei tumori stessi (1). Non è qui il luogo di riferire quanto abbian detto i nostri scrittori di farmacologia intorno l'azione de' caustici: soltanto avvertiremo che sebbene alquante di tali opere abbracciassero dottrine oggi cadute; pur nondimeno ciò che alcuni di quegli scrittori dettavano in proposito de' caustici sopravvive alla scuola di cui furono seguaci. Così rimane tuttora ferma, nel concetto almeno, la distinzione ch'eglino facevano fra caustici e caustici, fra l'azione generale (dinamica) e la locale (meccanico-chimica) de' medesimi; in questo senso che la sostanza caustica non limita entro l'ambito dell'escara i suoi effetti, ma assorbita anche li diffonde (2). La qual cosa dev'essere oggi particolarmente avvertita, poichè adoprando i caustici non tanto come potenze distruttive, quanto come mezzi *modificatori* le vie dell'assorbimento debbon essere necessariamente più potenti.

Un'ingegnosa maniera di cauterizzazione attuale fu quella usata dal Cavara di Bologna fin dal 1834 per guarire la fistola lagrimale obliterando i condotti delle lacrime (3). Ei perciò introdusse nei condotti stessi un sottil filo d'argento che quindi arroventava colla fiamma d'una candela dalla parte superiore e stirava in basso facendolo passare per il sacco lagrimale, difendendo l'occhio con un pezzo d'amianto. Questo modo di cauterizzare co' fili metallici è stato poscia molto più esteso e perfezionato, sicchè se n'ebbero guarigioni veramente mirabili.

Il discorso de' caustici ci trae naturalmente a dire degl'impor-

---

(1) De tuta quadam ac praecipua morbum scrophulosum curandi methodo. Bononia 1834. — Nuovi Annali di Storia naturale 1844 II 241, IV 241. — Bull. delle Scien. med. 1851 XX 231.

(2) *Crescimbeni Giulio*, Analisi di alcuni fatti di medecina chirurgica sinora non abbastanza apprezzati (Opusc. della Soc. med. chir. di Bologna Vol. VI). — *Giacomini*, Soccorsi terapeutici meccanici (Opere IX 162) ecc.

(3) Rendic. dell'Accad. delle Scienze di Bologna I 159. — Il Prof. Rizzoli faceva meglio conoscere il processo del Cavara, pubblicando nel Bullet. delle Scien. med. di Bologna (1864 XXII 265), le storie dei due casi in cui quella cauterizzazione fu adoperata, e rimaste fin'allora inedite.

tanti studj del Dott. Ciniselli intorno l'azione chimica dell' elettrico sopra i tessuti organici, e delle applicazioni della galvanocaustica chimica nella terapeutica chirurgica. Fin dal 1856 il Ciniselli mostrava, che le escare che si formano per lo più intorno l'ago, nelle operazioni di elettropuntura, in comunicazione col polo negativo erano effetto non dell'azione calorifica, ma dell' azione chimica della corrente elettrica. Proseguendo i suoi studj si avvedeva, che le escare si formavano, non solamente per azione dell'elettricità negativa, ma anche, in circostanze particolari (cioè quando l'ago è di tale sostanza da resistere all'azione degli acidi organici, per cui questi non potendo intaccare l'ago, spiegano tutta la loro azione sui tessuti circonvicini) per azione della positiva: quindi egli stimava di dovere distinguere la galvanocaustica in *termica* e *chimica*, e quest' ultima in *acida o positiva*, in *negativa* od *alcalina*, secondo che si manifesta al polo positivo o negativo. Mostrava poscia che l' elettricità poteva essere adoperata come mezzo di cauterizzazione non in forza della sua azione calorifica, come sin allora, e particolarmente dal Middeldorpf, era stato fatto, ma della sua azione chimica (1). Nell' opuscolo successivo « Dell'azione chimica dell'elettrico sopra i tessuti organici viventi e delle sue applicazioni alla terapeutica (2) » il Ciniselli attese principalmente a mostrare in qual modo operi l'elettricità sui tessuti vivi, sviluppando la teoria elettrochimica, confermandola con esperienze e fatti clinici. Discorreva altresì delle circostanze che devono concorrere affinchè si compia cotale azione, delle altre che ne scemano od impediscono gli effetti, e finalmente del valore pratico della medesima galvanocaustica chimica. Ma delle applicazioni pratiche di questa, faceva egli argomento di speciale lavoro, suggerendo le opportune regole per conseguire lo scopo (3). Gli apparecchi più opportuni alla galvanocaustica chimica sono quelli la cui corrente fornita di molta tensione rappresentante la potenza chimica, offre la minor possibile intensità. L'apparecchio a forza costante del Ciniselli, da lui descritto nel *Politecnico* dell'anno 1862, non è altro che una pila a colonna orizzontale, la cui corrente è resa continua e costante dal cam-

---

(1) Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris A. 1860.

(2) Cremona 1862.

(3) Osservaz. di galvanocaustica chimica (An. univ. di med. 1865 CXCIV 359).

biamento continuo del liquido eccitatore; oltre la costanza della corrente ha il vantaggio d'essere pronto ad agire, non avendo bisogno di essere pulito e toccato sinchè lo zinco non sia consumato. Giudicando da ultimo del valore della galvano-caustica chimica, il nostro autore la confronta con gli altri mezzi di cauterizzazione e conclude «che la galvano-caustica chimica può essere sostituita alla galvano-caustica termica, nello stesso modo che i caustici chimici sono generalmente sostituiti al cauterio attuale; che quella per essere più facilmente applicabile e con effetto più sicuro e limitato può essere adoprata in un maggior numero di casi (1)». Con ciò per altro il Ciniselli non intende di mandare al bando i caustici potenziali ordinarj: la galvano-caustica trova la naturale e precipua sua applicazione in que' casi dove è mestieri fare cauterizzazioni in cavità profonde, e limitate a preciso spazio, risparmiando le parti circonvicine E poichè la galvano-caustica chimica *alcalina* (cioè quella prodotta dal polo negativo, e simile negli effetti alla cauterizzazione data dall'ammoniaca, dalla potassa ecc.) più facilmente si ottiene dell'*acida*, quella a questa si preferisce, quando non sia necessario che l'escara sia ben circoscritta, e quando si voglia copiosa suppurazione.

Ma l'elettricità non ha potenza soltanto di distruggere: essa è anche mezzo preservativo, e noi vedremo più innanzi come l'elettro-agopuntura sia stata dal medesimo Ciniselli e da altri utilmente adoperata nella cura degli aneurismi. Qui giova ricordare che il Prof. Burci fin dal 1853 usava dell'ago-elettropuntura come mezzo di cura abortiva, o meglio per uccidere l'embrione, in un caso di gravidanza tubaria condottasi innanzi fin verso il terzo mese. Vero è che il caso, narrato dal Dott. Onorato Bacchetti diè luogo a controversie specialmente nella parte diagnostica, e che anche oggi qualcheduno dubita quella essere stata una gravidanza nella tuba falloppiana: nulladimeno è pur vero che il tumore dopo quell'operazione andava notabilmente di grado in grado diminuendo, fino a ridursi al volume di un ovo di piccione, ritornando l'inferma in salute (2). In ogni modo la proposta del Burci non va dimenticata, perchè può essere ferace di utili applicazioni. E tanto più deve aversi presente che il mede-

---

(1) Resumé des études sur la galvano-caustique chimique (Gazette médicale de Paris A. 1866).

(2) Gaz. med. ital. Toscana A. 1853 n. 18, 23, 28. — Nuovo Cimento 1855 T. I.

simo Ciniselli ha pure veduto diminuire e risolversi tumori di differente natura per mezzo della corrente elettrica, senza che le cauterizzazioni elettro-chimiche v'avessero parte, in grazia, a quel che pare, di un cambiamento chimico molecolare nell' interno dei tessuti per l'azione elettro-chimica della corrente continua (1); cambiamento che già il Matteucci dimostrava con esperienze da lui comunicate nel 1867 all' Istituto di Francia. La risoluzione ottenuta con la corrente elettrica dal Remak, da Massé, Boulu, Onimus, Legros ed altri d' ipertrofie ghiandolari, di tumori adiposi ecc. raffermava quello che il Ciniselli avvertiva nel 1865 nelle predette sue operazioni di galvanocaustica chimica, e cioè che il tumore, sottoposto all'azione elettrica, scemava più di quanto comportava la perdita di sostanza per effetto della cauterizzazione. Ma questa non sarebbe la prima volta che l' elettricità viene adoperata nella cura de' tumori. Il Jallabert p. e. se ne serviva nella cura de' morbi reumatici e de' pedignoni: Giorgio Follini, Professore di filosofia ad Ivrea, pubblicava nel 1791 un' opuscoletto per mostrare, mercè l'ottenuta guarigione di ostinato tumore, che con l'*elettricità si possono dissipare i tumori crassi e viscosi che pongono la loro sede nel sistema glandolare, e talora nel tessuto cellulare d'altre parti* (2). Comunque si giudichi in proposito, la terapeutica chirurgica deve rallegrarsi che l' elettricità sia stata ripresa colla mira di farne un mezzo di risoluzione per i tumori; ed oggi noi possiamo aspettare migliori frutti di quelli che nel passato secolo, l'elettrologia essendo ancora nell' infanzia, se ne conseguirono.

L'agopuntura è probabilmente efficace per un' azione elettrica; nè solamente giova nelle nevralgie, nelle paralisi, nè reumatismi, come per molte esperienze fu mostrato anche da parecchi nostri scrittori (3); ma anche fu adoperata come mezzo chirurgico sia per coagulare il sangue negli aneurismi e nelle varici, sia per eccitare aderimento fra le pareti dell'addomine e le cisti in esso contenute, ovvero esplorare tumori di dubbia natura. De' quali particolari a suo luogo faremo debitamente parola.

---

(1) Gaz. med. Lombarda A. 1869.

(2) Bibl. Oltrem. e Piemont. VIII 204.

(3) Carraro, Coppola, Bergamaschi, Bellini, Namias, Riberi ecc.

(Capo 10.°)

DEI TUMORI RISPETTO ALLA CHIRURGIA: DELLE DUE TEORIE PREDOMINANTI INTORNO LA FORMAZIONE DEI NEOPLASMI, E DELLA PROBABILE LORO CONCILIAZIONE.

I tessuti e prodotti morbosi che crescono in mezzo agli organi, o ne prendono il posto furono dai chirurghi chiamati *tumori*, poichè generalmente si separano e si sollevano dal grembo delle parti circonvicine. Questa qualità di sporgere in fuori è senza dubbio accidentale; nulladimeno non v' ha termine migliore per definire questa classe non piccola di malattie chirurgiche, non convenendo le denominazioni degli anatomopatologi, perchè od hanno troppo ampio significato (produzioni accidentali ad esempio); ovvero inchiudono un concetto, che, come quello di pseudoplasmi, in pratica non può servire; od invece, come l'altro di prodotti omeomorfi ed eteromorfi, può divenire alla pratica medesima guida fallace, se a tali voci si facessero corrispondere le altre di natura benigna e di natura maligna. E poichè anche per l'anatomia patologica tutte le predette e consimili altre denominazioni non sono senza mende, oggi vediamo lo stesso Virchow anteporre la parola volgare *Geschwülste, tumori*, ad altre suggerite da viste scientifiche. Può dirsi quindi che il *tumore*, per i fini del chirurgo, sia tuttavia quale l'intendeva il Redi, cioè un' eminenza fuor di natura di qualche parte del corpo, la quale eminenza offende le operazioni della stessa parte (1).

La storia degli studj intorno i neoplasmi, l'esposizione delle diverse dottrine, che sorsero per comprendere la natura, e seguirne lo sviluppo per metter d'accordo i ritrovamenti della notomia con le osservazioni cliniche non spetta a questo luogo. Per altro non so trattenermi dal fare notare come in quest'argomento sia apparsa evidente la necessità che i fatti naturali, quand'anche morbosi, debban es-

---

(1) Consulti e Opusc. minori. Firenze 1863 p. 372.

sere studiati sotto tutti gli aspetti, in tutte le loro pertinenze, e con tutti i mezzi d'indagine. L'anatomia sola, la sola microscopia, la sola chimica non bastano per formare una dottrina *naturale* dei neoplasmi anche semplicemente in servigio dell'anatomia patologica, e tanto meno possono bastare ai bisogni della clinica: i tentativi di Muller, di Lebert, di Vogel lo attestano; anzi la storia intera ce ne ammonisce, siccome può vedersi nell'erudita memoria dell'Asson intitolata: *Del concetto annesso e da annettersi all'espressione cancro in patologia e chirurgia* (1). Quando prepotevano le dottrine di Rasori e di Broussais tutti i prodotti morbosi si consideravano eguali d'origine e di natura, perchè tutti figliuoli della stessa madre l'*infiammazione*. A queste idee sistematiche, a questo spirito di non badare alle differenze delle cose per non cogliere che le più generali comunanze, fecero argine parecchi de' nostri patologi, il Bufalini tra' primi per la maggior dottrina, perseveranza e coraggio. Ma anche tra coloro che più specialmente facevano professione di anatomia e chirurgia, troviamo i medesimi intendimenti, od almeno avvertita l'insufficienza di tale dottrina. Bartolomeo Panizza, ad esempio, benchè ammettesse, passando in rivista diverse specie di tumori, che *moltissime malattie lente chirurgiche sono di base flogistica*, nondimeno concedeva che v'era una *flogosi spuria*, siccome il Monteggia ed il Jacopi dicevano esser quella del tumore linfatico, e del fungo midollare o maligno in genere; lo stesso Panizza, mentre che mettevalo tra gli effetti d'interna infiammazione, pur suggiungeva che tale processo era alimentato da un vizio generale e di preferenza dallo strumoso, *imperocchè è sì diverso il prodotto di questa ottalmia dalla comune interna non alimentata da un principio generale* (2). Vuole per altro giustizia che si avverta, che il Tommasini, scostandosi dai rigidi principj della scuola di cui era antesignano, ammetteva che il cancro avesse in sè qualche cosa di speciale, producesse una profonda *alterazione di suo genere nella macchina interna* (3). Il Tommasini, argutamente osserva l'Asson, meno logico del Brown e del Rasori, ma più pratico, si lasciò dopo le spalle il matematico *più* e *meno*,

---

(1) Giorn. Veneto delle Scienze mediche A. 1862 XX, A. 1863 XXI e XXII.

(2) Sul fungo midollare dell'occhio. Appendice Pavia 1826.

(3) Dell'infiammazione e della febbre continua. Pisa 1827 II 455.

per adottare l' indeterminato *sui generis, la incognita specificità* (1). D'altra parte il Colla, pure di Parma, non faceva entrare il turbamento dell'eccitamento che come cagione remota dell'affezione locale; la quale, iniziata che fosse, progrediva e di per sè stessa, il disordine dinamico essendo già riordinato, preparava il cancro. La diatesi cancerosa non era per lui che consecutiva: e solamente quando forma un' ulcera aperta, il cancro *può fabbricare una materia, la quale assorbita dai linfatici porti infezione alle glandole che attraversa, ed a tutto il sistema* (2). Altri poscia con maggiore risolutezza oppugnò il dogma, che tutte le produzioni organiche derivino da flogosi (3): ma allora il combattere era meno difficile da più parti crollando l'edifizio dell'*eccitamento* e del *controstimolo*.

Alla predetta trascendentale unità de' tumori ci riconduceva la dottrina della prolifica moltiplicazione delle cellule, talora per interno generamento delle cellule stesse per divisione de' loro nuclei e nucleoli, in forza d' un' *irritazione formatrice* prodotta da una causa esterna qualunque; per modo che con il medesimo processo e con gli stessi mezzi si formerebbe tanto il cancro quanto l' encondroma, il tumore fibroplastico come il lipoma. Se non v' ha la cellula specifica quale l' intendeva il Lebert, è per altro vero che in moltissimi neoplasmi il microscopio sin dai loro primordj scuopre differenti elementi anatomici in guisa da poterne formare parecchi tipi. Similmente l' indifferenza delle cellule formatrici dei tessuti non è che di breve durata, e la polimorfia de' tessuti stessi è subordinata a tipi determinati. Il Virchow, ammettendo che tutte le cellule patologiche provengano da cellule preesistenti, è tratto a negare assolutamente che vi sia un blastema amorfo da cui nascano (versato ch' esso sia dai capillari negl' interstizj de' tessuti normali) gli elementi de' neoplasmi. La quale dottrina del trasudamento, come è noto, oggi pure è validamente sostenuta dal Robin e dalla sua scuola, che a sua volta non concede che gli elementi de' tumori provengano dal moltipli-

---

(1) Mem. cit. p. 155.

(2) Giorn. della Soc. med. chir. di Parma 1807. II 48.

(3) Il Dott. Asson in particolar modo in varj scritti inseriti nel Memoriale della Med. contempor. di Venezia, e nelle Annotazioni anatomico patologiche; il Prof. Cortese nella memoria sulla genesi e struttura del fungo maligno (Memoriale sud. 1840. IV 10) ecc.

carsi delle cellule preesistenti. Eppure amendue le dottrine non possono escludersi, imperocchè i neoplasmi si formano tanto nell' uno che nell'altro modo, per divisione cioè o generazione interna degli elementi normali, come senz'opera di questi, o spontaneamente, dai trassudamenti interstiziali. Il Prof. SANGALLI con proprie osservazioni si è di ciò convinto, e nella sua *Storia clinica ed anatomica dei tumori* (1), ha mostrato la necessità di quest'eclettismo. L'opera del Prof. di Pavia dev'essere ricordata non solamente perchè contiene vedute proprie, ed il frutto di diligenti e lunghi studj; ma altresì perchè l'anatomia patologica è congiunta alla clinica, alla descrizione anatomica ed istologica seguendo l'esposizione delle cause per cui i tumori si formarono, il quadro de' sintomi che i medesimi nel principio e nel progresso del loro sviluppo manifestarono. Meritamente fu detto questa essere la prima e miglior opera di anatomia patologica moderna applicata alla chirurgia che noi abbiamo. Le *Lezioni sui neoplasmi* dei Prof. AMABILE e VERNICCHI (2) mostrano che gli autori ben conobbero l' importanza dell'istologia nell'anatomia patologica: ma lo scopo loro essendo stato quello di dichiarare il modo di nascimento, di struttura e di sviluppo delle nuove formazioni organiche, tali Lezioni non possono dar qui argomento di particolare discorso. Per la stessa ragione noi dobbiamo passar sopra alquanti pregevoli lavori, che in questi ultimi anni sono stati fatti tra noi giusta il moderno avviamento della sottile anatomia: per altro debbon essere ricordate le dissertazioni del Prof. ERCOLANI siccome quelle che riguardano argomento più generale e che assai intimamente si collega con uno de' più ardui soggetti della patologia chirurgica, trattando appunto delle trasformazioni degli elementi istologici nell' organismo animale (3). E per vero dimostrata che sia tutta la serie possibile dei mutamenti e delle metamorfosi che ogni elemento organico dei diversi tessuti può subire, anche lo studio clinico delle neoplasie acquisterà maggior sicurezza nelle sue indagini e ne' suoi giudizj.

---

(1) Pavia 1860 2 vol.

(2) Pubblicate dal Dott. Antonio Giannone. Napoli 1860 e nel Morgagni. — Altre ricerche intorno l'anatomia patologica dei tumori pubblicava il Vernicchi nel 1857 nelle sue *Operazioni di clinica chirurgica.*

(3) Rendic. e Memorie dell'Accad. delle Scienze di Bologna A. 1864-1865.

Non è d'uopo dire perchè i Chirurghi con tanta istanza chiedessero all'anatomia patologica un criterio per distinguere i tumori benigni dai maligni. Ma poichè fu osservato che anche tumori, i quali nella loro struttura ripetevano gli elementi proprj dei tessuti naturali, ripullulavano se estirpati, e moltiplicavano a guisa degli altri che non tenevano punto siffatta corrispondenza, fu forza conchiudere il carattere dell'*omeomorfia* e dell'*eteromorfia* essere insufficiente; e però dover con maggior attenzione badare agli altri caratteri che fornisce l'osservazione clinica. E questo lo capì sì bene lo stesso Lebert, che (quantunque con queste parole ci togliesse ogni valore specifico alla cellula, od altro elemento istologico separatamente riguardato) scrisse: se l'esame microscopico compie l'osservazione clinica, questa a sua volta deve farsi istruttiva dell' esame microscopico. La quale necessità di indagini e di studj accomunati ad unico scopo, principalmente s'è fatta sentire riguardo al cancro ed ai tumori cancerosi, di cui siamo per dire.

(*Capo 11.°*)

DEL CANCRO E DELLA SUA OPERABILITÀ.

La dissertazione che lo Scarpa pubblicò nel 1823 sullo scirro e sul cancro (1) debb'esser notata sì perchè contiene dottrine di patologia generale che si scostano da quelle in allora prevalenti nelle scuole; sì perchè, partendo dai risultamenti della propria esperienza, egli si accinse a risolvere le quistioni capitali che tuttora si fanno in proposito, e cioè come distinguere le affezioni cancerose da quelle confuse col cancro; come e quando tal morbo sia curabile; in qual tempo sia lecito farne, con isperanza di buon effetto, l'estirpazione. Per tali ragioni, e perchè i pensamenti del celebre uomo divennero precetti di pratica per la maggior parte de' chirurghi, la predetta dissertazione dev'esser qui ne' punti principali fatta conoscere.

(1) An. univ. di Med. 1823 XXV 197.

Dal complesso dei fenomeni che precedono ed accompagnano lo scirro ed il cancro pare allo Scarpa di vedere in questi tumori un'origine dall'universale, ed il deposito del *seminio* di più grave infermità che lo scirro stesso; il quale seminio, non suscettibile di essere espulso o ripercosso, vi rimane latente ed innocuo finchè pel concorso di alcune cagioni interne od esterne venga posto in piena attività nella sede che occupa. Non v'ha una diatesi scirrosa; e la genesi del germe dello scirro nell'universale del corpo è temporaria: se esistesse una *discrasia scirrosa permanente*, dopo estirpato lo scirro nel suo primo stadio, non mancherebbe di riprodurre nuovi scirri genuini, la qual cosa viene contraddetta dall'esperienza. Il cancro poi non è che il risultamento di un processo locale d'imperfetta suppurazione eccitato nell'intima sostanza della ghiandola scirrosa, per cui il maligno deposito di latente ed innocuo che era, si converte in icore canceroso. — In questa parte di patologia generale del cancro appajono le idee sopraccennate del Colla in forma più concreta: nulladimeno quel *seminio morboso*, che è una *diatesi* sotto altro nome, è sempre non più che una voce per esprimere un'incognita. La demolizione dello scirro, prosegue lo Scarpa, non sarà mai susseguita da buon successo, se non quando l'operazione sarà stata eseguita prima dello sviluppamento del seminio morboso latente nel seno della ghiandola scirrosa, o del maligno porro o bitorzolo della cute; che è quanto dire prima della comparsa delle trafitture e dell'infezione delle ghiandole linfatiche corrispondenti alla sede del cancro occulto. Se il Flajani fu straordinariamente fortunato in quest'operazione, ciò deve ripetersi dalla rara opportunità che ha avuto di operare ne' primi mesi della malattia, ossia nel primo periodo dello scirro (1). I tubercoli maligni della cute esterna pajono, e così pure giudicò Ledran, d'indole meno virulenta di quella dello scirro ghiandolare, e per anco di quella dei bitorzoli maligni della cute introflessa: e veramente lo Scarpa dice d'aver estirpati con buon successo alcuni ne' quali erano già insorte le trafitture, ed anche formate fenditure gementi ad intervalli siero icoroso e mordace. Reputava grave errore credere che ogni cronico, duro, indolente tumore, sia esso ghiandolare o di altro tessuto organico, possa coll'andar del tempo, o con il concorso

---

(1) Il Flajani, siccome altri autori, notò fra i cancerosi alcuni che erano evidentemente strumosi, o scrofolosi.

di comuni circostanze, cambiarsi in cancro. Tali tumori potranno per effetto di qualche discrasia costituzionale, o di indebita cura, degenerare in ulceri sordide, fungose depascenti, non mai in vera ulcera cancerosa.

Questa distinzione fra tumori e tumori, fra prodotti benigni e maligni, benchè in apparenza simiglianti, fu già fatta per empirica osservazione: Celso raccomandava di distinguere il cacoete che è curabile, dal carcinoma che non si può curare, soggiungendo eziandio che niuno è capace di fare questa distinzione *nisi tempore et experimento*. Ma la recisa distinzione che lo Scarpa pone fra ulceri depascenti ed ulceri cancerose, la ferma credenza che quelle in queste mai possono degenerare, mostrano che anche in lui (malgrado che ammettesse una minore malignità fra il cancro delle ghiandole e l'altro della cute) il concetto di cancro era troppo assoluto, riputando che i classici suoi attributi fossero costanti ed immutabili, laddove che poi di fatti nelle speciali contingenze si trovano essi pure variabili. E ciò avvertiva benissimo il Porta nelle sue note alle opere chirurgiche di Walther (1). I concetti assoluti che noi ci formiamo delle malattie, oltre che non hanno corrispondente realtà, conducono a far considerare le malattie stesse quali enti distinti o particolari; ciò che nella pratica è di pessimo effetto perchè genera la fallace speranza negli specifici, e rompe ogni affinità etiologica. Ed il cancro ha esso pure di queste affinità: le quali, se non si spingono tanto innanzi da porre la sostituzione ereditaria e l'alternamento del tubercolo e del cancro in modo di *legge*, non si possono negare; e probabilmente v'ha una ragione più intima che la *debolezza* e lo *svigorimento delle costituzioni*, per cui scrofola, cancro e tubercolosi sono oggi tanto frequenti. Ma proseguendo in questa ricerca, noi entreremmo in un campo che qui non può essere il nostro: contentiamoci di ricordare che tale quistione mossa in prima dal Bufalini (2), fu quindi, sotto i diversi rispetti della statistica, dell'anatomia patologica, dell'etiologia e della clinica, studiata da Rigoni Stern (3), da Sangalli (4), da Concato (5), da Corradi (6).

---

(1) Pavia 1827.

(2) Istit. di Patol. analit. Opere III 86.

(3) An. un. di Med. 1844 CX 503.

(4) Giorn. d'anat. patol. II p. 435.

(5) Delle affinità fra tubercolosi e cancro. Bologna 1864.

(6) Intorno alla diffusione della tisichezza polmonare. Venezia 1867 p. 94.

Per altro lo studio di tali affinità debb'essere oggi ripreso, apparendoci la tubercolosi una malattia *virulenta*. Se non che quand'anche questa natura fosse intieramente accertata, non per ciò l' osservazione clinica potrebbe disconoscere un vincolo di qualche fatta fra le malattie predette: le altre eziandio sarebbero per avventura trasmissibili? Per ora nulla sappiamo di sicuro: il Dott. Antonio Manzoni di Verona tenne, cosa singolare, il cancro dell' utero piuttosto che ereditario contagioso (1). Il Rossi di Torino ancora tenne per contagioso il cancro fatto aperto, nel qual caso soltanto succedeva la cacochimia cancerosa (2). Egli avea per ciò instituito delle esperienze, le quali andavano d' accordo con l' osservazione clinica: dovea anzi pubblicare un'opera speciale in proposito; se non che, come di tante altre promesse, neppur questa vide la luce. Ma di tali tentativi e congetture non più. Similmente trascorreremo sopra altri lavori intorno al cancro ed alle affezioni cancerose, perchè trattarono della materia in modo piuttosto teoretico che sperimentale, l' insufficienza de' fatti, od alla loro manchevolezza supplendo con le ipotesi: ed i fatti bisognava attenderli dal tempo, che dovea moltiplicarli; e la luce, che li dovea chiarire, dai progressi della scienza, dal perfezionamento dell'anatomia patologica. Basterà pertanto accennare che la Società medico-chirurgica di Bologna nel 1842 premiava gli *Studj medico-chirurgici* del Dott. Alessandro Corticelli intorno allo scirro ed al cancro (3); e che il VI Congresso degli Scienziati italiani pari onorificenza conferiva all'opera del Prof. Giovanni Gandolfi (4). Bensì è da dire del Discorso clinico che il Ranzi tenne a' suoi discepoli l'anno 1852, cioè due anni innanzi che avvenissero le famose discussioni in proposito nell'Accademia medica di Parigi. Con molta dottrina e copia di fatti combattè la dottrina de' micrografi che nella cellula specifica aveano creduto di trovare il segno patognomonico della crudele malattia: mostrava come tale cellula si trovasse in tumori ch'ebbero aspetto e corso diverso da quello più proprio del cancro, e per l'opposto mancasse in altri che veramente del cancro ebbero i caratteri, perfino la recidiva ed il termine della morte. Quin-

---

(1) Del cancro dell'utero. Verona 1811.

(2) Élém. de Médec. opérat. Turin 1806 II 154.

(3) Mem. della Soc. med. chir. di Bologna III 5.

(4) Sulla genesi e cura dello scirro e del cancro. Milano 1845.

di egli concludeva, che la dottrina morfologica ha recato sì maggior precisione nella distinzione dei neo-tessuti; ma che i caratteri clinici, sui quali si fonda la diagnosi dei tumori sono il miglior fondamento sul quale sino ad ora conviene riposare. Ma quali sono questi caratteri clinici? Il Ranzi, prendendoli uno ad uno in esame, trovava tutti essere incostanti e variabili; quindi ne inferiva — *il cancro rimane una idea, la quale non trova al di fuori corrispondenza con un dato oggetto assoluto, esclusivo, unico* —.

La conseguenza dunque era affatto opposta a quella dello Scarpa, ma non meno eccessiva. Il Professore di Firenze, spingendo l'analisi oltre il debito segno, toglieva ogni realità clinica al cancro, nel mentre che affermava doversi contare unicamente su gli attributi clinici per giudicare di esso; toglieva ogni fondamento di sicurezza alla diagnosi e quindi ancora direzione alla cura. Ciò che fu fatto del cancro far potrebbesi di qualsiasi altra malattia con pari effetto; niuna potendo tener fermo contro i colpi d' una critica che mai s' arretra nello sminuzzamento, perchè mai verun segno strettamente patognomonico la ferma.

Nell'opera di Patologia generale chirurgica del Billroth troviamo la stessa tendenza del Ranzi di distribuire il gruppo de' tumori secondo l'insieme de' sintomi, o piuttosto degli attributi clinici, anzi che giusta la sola struttura anatomica. Siffatta distribuzione senza dubbio intende di meglio soddisfare ai bisogni della pratica, nulladimeno non è da dimenticare che soltanto su la struttura anatomica è dato di stabilire le specie dei tumori: il patologo deve poi raggruppare questi diversi tipi in classi o generi secondo che più importa allo scopo suo, che è di sapere qual azione sian per dispiegare i nuovi prodotti sull' intiera economia, fino a qual punto la medesima possa comportarli, e tenersi sicura da nuovi assalti, una volta che il coltello, od il caustico abbia operato. Il Ranzi sostenne calorosamente doversi assalire il cancro, meno pochi casi, con mezzi chirurgici; dappoichè per molti fatti egli si sarebbe persuaso che l' operazione abbia spesse volte allungata la vita degl' infermi, la recidiva essendo accaduta troppo tardi per non credere che la malattia, lasciata alla propria balìa, non avesse nel frattempo maggiormente nociuto: perfino il cancro parzialmente demolito non sempre progredisce con maggiore violenza dell'altro che non fu tocco. Ma tanta insolita benignità di risultamenti, ottenne forse il Ranzi in conseguenza e per colpa

del vago e indeterminato concetto ch'egli, per le cose dette, dovè avere del cancro, onde che non ebbe sempre a porre il coltello sovra tumori dell'istessa natura? Per altro è pur giusto il dire non aver egli mandato innanzi tali proposizioni come dogmi stabiliti, come principj inconcussi: purchè una proposizione possa assumere questo carattere sono necessarie copiose osservazioni, ripetizioni quasi costanti dei medesimi fatti, che sotto gli occhi d'un sol uomo non possono cadere. E però il RANZI, per raccogliere materiali principalmente sotto il punto di vista di ricercare la ragione della convenienza dell'operazione del cancro, preparava un piano di statistica, non essendo contento con ragione dell'altre che anche allora si avevano, perchè non abbastanza valide e osservabili. Il Prof. PALAMIDESSI, pure della Scuola di Firenze, trattando dell'*operabilità del cancro*, poneva come massima generale essere operabile una malattia decisamente cancerosa «quando sia circondata da tessuti sani, facilmente attaccabili e senza grave rischio e pericolo per il malato, potendo il chirurgo circoscrivere il male a molta distanza dalla sua sede». Nondimeno malgrado queste favorevoli condizioni, la guarigione radicale è sempre *più che reale, ipotetica.* E però le recidive sono frequenti e sollecite: ma contro di esse pure il chirurgo deve accorrere tosto che compajono, a patto per altro che l'operazione non sia pericolosa, nè metta di per sè stessa in pericolo la vita del paziente, ed il guasto sia così limitato da concedere spazio al coltello, di guisa che il taglio cadendo su parti sane dia *speranza d'una più serotina recidiva* (1). Ma sommati tutti gli anzidetti vincoli, che pur sono savj e prudenti, all'*operabilità delle malattie cancerose* rimane campo men largo di quello che a prima fronte pareva le si volesse concedere. Un'altro assai imperterrito sostenitore della cura chirurgica in questi tumori fu il Prof. MONGIARDINI di Genova; il quale volle altresì provare,

---

(1) Insegnamenti di Chir. prat. p. 45,52. — Nel Congresso di Venezia (A. 1847), agitandosi la quistione dell'operabilità del cancro nel secondo stadio, il Dott. Asson veniva in questa conchiusione, che anche dagli altri convenuti fu generalmente approvata: quando lo scirro ghiandolare pervenuto al secondo stadio non sia nè molto esteso, nè profondo, quando possa levarsi senz'offendere organi importanti, ned abbia complicazione d'altra grave malattia, o segni di lontana diffusione, l'estirpazione è indicata. — Il Dott. Jelapi estirpava un vastissimo carcinoma della mammella, che pesava 5 chilogrammi meno un quarto, perseverando la guarigione anche dopo tre anni e mezzo (Filiatre Sebezio A. 1842). Ma ben converrebbe che questi esempj si moltiplicassero, affinchè al chirurgo potessero divenire regola.

che neppure nel cancro aperto c'è diatesi cancerosa: onde che egli lamentava che niun altro specifico essendo stato finora sostituito all'operazione chirurgica, la stessa per la gratuita supposizione di un vizio canceroso universale, o troppo tardi s' imprendesse, o imprudentemente si trascurasse (1). Ma il Professore di Genova confondeva insieme due cose assai diverse *diatesi* o *disposizione*, ed *infezione consecutiva*. Eppure una predisposizione morbosa generale, sia quale essere si voglia, siamo costretti ad ammettere, per soddisfare alle *esigenze etiologiche e cliniche*. Tale concetto lo troviamo ne' passati e ne' più recenti scrittori, in que' medesimi che meno inclinano nel concedere uno stato morboso antecedente alla manifestazione dello scirro, o di altro analogo tumore: così lo Scarpa, che rifiutava la diatesi, poneva qualche cosa di equivalente nel *seminio morboso:* il Ranzi, niegando la diatesi, introduceva la *predisposizione*, che faceva consistere *in una particolare alterazione del processo nutritivo di un dato tessuto* (2). Tale predisposizione locale corrisponde alle *irritazioni e cause specifiche locali* di Virchow, di O. Weber, di Rindfleisch e di altri recentissimi. Se non che ben guardando, a questo modo non si risolve la quistione, soltanto la si allontana; conciossiachè resta pur sempre a sapersi perchè non in tutti si formino quelle particolari alterazioni, e donde poi nascano le cause specifiche. E però il Billroth cerca le cause prime della formazione locale dei tumori nelle *proprietà specifiche* di tutta l'economia animale, nell' intiera complessione del corpo infermo.

Finalmente ricordiamo, poichè la terapia del cancro è tanto impotente quanto larghe sono le promesse, un mezzo assai semplice ed ovvio per sedare i dolori dj male sovra ogn'altro crudelissimo; voglio dire il succo di limone o l'acido citrico, sperimentato dal Dott. Brandini di qualche efficaccia (3); espediente che avrebbe anche un' indicazione razionale, se veramente le sostanze acide modificassero profondamente le parti primigenie degli elementi anatomici, come alcuni istologi hanno affermato (4). Anche la cangrena può di-

(1) Sulla diatesi cancerosa *(Brugnatelli,* Giorn. di Fisica e Chim. 1810 III 269). — Annotazioni sulla diatesi cancerosa. Genova 1811.

(2) Dei tessuti patologici di nuova formazione. Lezione VII.

(3) Lo Sperimentale 1865 XV 419.

(4) Il Garneri di Torino, dopo il Rigal, fu uno de' primi a proporre l'inoculazione della

struggere il cancro; ma quest'accidente è tanto pericoloso per sè medesimo, che in generale non è da desiderare, e tanto meno da promuovere. Se il succo gastrico, o meglio il pancreatico, valga a distruggere, *digerendolo*, il cancro, giudicheranlo le prove che oggi si riprendono; e che desideriamo più utili dei tentativi che lo SPALLANZANI, il CARMINATI ed altri nello scorso secolo fecero con lo stesso umore su le piaghe sordide, e le ulceri veneree e scrofolose. La virtù fondente dell'elettricità messa in bella luce dal nostro CINISELLI, e da noi più sopra accennata, può essa, e fino a qual punto, venir adoperata nello scirro e simiglianti tumori? Or ora vedremo quanta speranza possa aversi nell'autoplastica, e ne' caustici più accreditati (arsenico, cloruro di zinco ecc.) affine di prevenire la recidiva di siffatti tumori.

(*Capo* 12.°)

DEL LIPOMA – DEI VARII TUMORI CISTICI, FOLLICOLARI, ELEFANTISIACI.

Neppure i tumori benigni si risolvono per forza di natura: l'indole loro non esigerebbe l'opera dell'arte; la quale non pertanto spesso è invocata perchè, se troppo ingranditi, anche i tumori benigni arrecano dolore od incomodo, ovvero semplicemente deformità.

Il lipoma, fra i tumori di buona natura, è de' più noti e frequenti. Talvolta sullo stesso soggetto ve n'hanno parecchi, anzi moltissimi, sicchè il LEBERT fra le tante diatesi ammise nella recente sua opera di Patologia generale, anche la *lipomatosa*. Ma più che quest'accidente, di cui anche nelle *Istituzioni* di DE RENSIS e CICCONE può vedersi un esempio (1), é da notare la mole a cui siffatti tumori possono giungere. Il lipoma che il PORTALUPI estirpava da un nobile veronese era lungo 57 centimetri, avea la massima periferia di 78 centime-

---

cancrena nel cancro (Bibliot. médic. T. XXXI — *Barovero*, Note al Sistema di Chirurg. operat. di Carlo Bell. Torino 1817 II P. II p. 157).

(1) I tumori erano tanti da dirli innumerevoli grossi da un' avellava ad un uovo d' oca (Istit. di Patol. chir. II 30).

tri e pesava 16 chilogrammi: in 27 anni era giunto a mole sì enorme; avea origine di sotto la clavicola sinistra e pendeva dal petto contenuto come in una borsa formata dai tegumenti in modo straordinario distesi (1). L'altro, pure felicemente staccato dal Prof. Sisco, era più lungo ancora (4 palmi romani, ossia 90 centim.), ma meno largo alla base, che era nella parte posteriore del capo, sopra il collo e nella testa dell'omero: esso avea forma di sacco con diverse prominenze, e contava trent'anni, quanti appunto n'avea il contadino che lo portava (2). Lo stesso Prof. Sisco con egual fortuna levava consimile tumore, che occupava tutta la regione iliaca sinistra, l'ipocondrio, e porzione della regione ombellicale e della lombare: pesava 18 libbre (3). Oltre che posto in luogo insolito, di mole grandissima era il lipoma che il Malagodi estirpava ad un vecchio quasi settuagenario; attaccato sul pube scendeva penzolando tra le coscie con la porzione più grossa, che misurava 30 pollici di circonferenza (4). Enorme eziandio era il lipoma (pesava circa 19 chilogrammi) dello scroto descritto dal Capsoni, pregevole eziandio per diverse particolarità anatomiche, non essendosi trovato di estraneo in mezzo alla purissima pinguedine che porzione di una vaginale, scomparsi i vasi e canali spermatici, non che i testicoli (5). Maggior peso ancora avea il tumore adiposo estirpato dal Marzuttini dal dorso di vecchio settuagenario (6). Quel singolare tumore estirpato dal Dott. Torri di Pisa dalla regione mammaria destra di uomo di 48 anni, e che per

---

(1) Storia ragionata dall' enorme tumore del Nob. Sig. Luigi Tedeschi di Verona. Venezia 1823. — Lo stesso Portalupi dei Fate Bene Fratelli, avea 14 anni innanzi estirpato altro tumore, *cistico steatomatoso*, del peso di circa 13 libbre aderente al gran pettorale sinistro.

(2) Saggio dell' Istit. clin. An. VIII e IX. Roma 1824 nell'Appendice.

(3) Saggio dell' Istit. clin. ecc. An. XII-XIV. Roma 1829.

(4) Un lipoma sull' inguine sinistro del peso di 22 libbre era già stato estirpato dal Malagodi stesso in un uomo ricoverato nello spedale di Fano. (Raccoglit. med. di Fano 1838 I). Un altro di 28 libbre fu levato dal Dott. Zappoli (Bullet. delle Scien. med. di Bologna 1843 III 5), di quasi 30 dal Prof. Vanzetti (Annales. clin. chir. Charcoviensis p. 75), di 38 dal Dott. Giampietro (Filiatre Sebezio 1853 XLV 91) ecc.

(5) An. univ. di Med. 1827 XLIV 29.

(6) Gaz. med. Prov. Venete 1858 p. 149. — Pesava 65 libbre, che è quanto dire circa 22 chilogrammi e mezzo. Un non piccolo lipoma aderente e interposto al funicolo spermatico destro d'un giovane, che nell' infanzia ebbe ernia inguino-scrotale congenita nel medesimo lato, venne destramente staccato dallo stesso Marzuttini (L'Ippocratico 1865 VI. 406)

l'apparenza e per esser nato sotto un neo materno, simulava un fungo ematode, era, secondo che dai più venne giudicato un lipoma, largo all' intorno 2 piedi e mezzo, e lungo un piede e 5 pollici (1). Il Prof. PALAMIDESSI in un buon sunto statistico dei lipomi osservati nella Clinica chirurgica di S. Maria Nuova di Firenze dal 1846 al 1865, notava la preferenza che cotesti tumori mostrano di avere per la parte destra del corpo, 17 volte sopra 26 essendo in questa stati trovati (2). A destra pure erano i due lipomi che dalla faccia e dal collo estirpavano il DE FABRIS e il TARAMELLI (3); e così l' altro levato dal NAPPI de' Fate Bene Fratelli di dosso ad un ragazzo: tumore strano per la forma irregolarmente tuberosa e bernocculuta, grosso al pari di quattro buoni pugni, e che attaccato sotto all' anello inguinale esterno scendeva fin quasi alle ginocchia (4). Stavano invece a sinistra i lipomi operati dal Dott. ARSENIO D'ANDREA e F. ROMANO: il primo attaccato nell'ascella era lungo 65 centimetri, e largo 32; e pesava 14 chilogrammi circa (5); l'altro pendeva dal collo, avea minor peso e lunghezza (8 chilogr. 44 centim.), ma circonferenza maggiore (67 centim.) (6). Il singolare tumore che fu estirpato dal BASLETTA, credendo di aver a fare con un lipoma delle pareti addominali, era forse un tumore *eteradenico* secondo la denominazione di ROBIN (7).

Fra i tumori cistici estirpati dai nostri chirurghi meritevoli di qualche considerazione, va prima d'ogn'altro ricordato quello congenito con depressione delle ossa parietali e frontali osservato dal Dott. MARZUTTINI e dal medesimo descritto nelle Memorie della Società Medico-chirurgica di Bologna (8). Il tumore allogato sul vertice, e cresciuto tra il pericranio e la cuffia aponeurotica, emulava in certa guisa col suo volume e forma tondeggiante la parte capelluta di un

---

(1) N. Giorn. dei Letter. di Pisa 1836 XXXIII 118.

(2) Gaz. med. Toscana 1856 e Pisa 1865.

(3) An. un. di Med. 1824 XXXI 55, 1835 LXXV 425.

(4) Gaz. Med. di Milano 1843 p. 217.

(5) Filiatre Sebezio 1852 XLIV 134. — L'operazione venne fatta insieme col Dott. Alessio Maliandi.

(6) Archivio di Chir. prat. VIII 11.

(7) An. un. di Med. 1825 XXXV 85.

(8) A. 1843 III 333.

secondo capo posto sull'inferiore naturale. Il vasto avvallamento a modo di scodella, che rimase levata la cisti, al rimarginar della ferita, cioè dopo 15 giorni, s'era già alcun poco sollevato. Questo fatto è importante principalmente perchè, sebbene le ossa della fronte e delle tempia fossero oltre modo depresse, la giovinetta era perfettamente sviluppata di corpo, libero e pronto avendo altresì l'intelletto, ben ordinati gli affetti. Voluminoso pure era il tumore alla nuca, che il Dott. Sacchi felicemente estirpava in altra giovane diciottenne, a cui quello cominciò a crescere sin dalla prima infanzia giungendo ad avere nella base 32 pollici di circonferenza. Tagliato si trovò composto di varie sostanze e tessuti senza che uno soprabbondasse in modo, che dal medesimo si potesse dar nome al tumore (1). Ecco un esempio fra i tanti delle modificazioni e metamorfosi a cui vanno soggetti i tumori per diverse cagioni, per diverse *malattie* che loro sopraggiungono di corso piuttosto cronico; donde poscia le *degenerazioni* ed il *metaschematismo* dei tumori su cui oggi pure la scuola di Vienna insiste non senza ragione; concorrendo in questa vista eziandio le precitate osservazioni, tra le altre, dell'Ercolani sulle trasformazioni degli elementi istologici nell'organismo animale (2).

Memorabile è il tumore cistico osservato dal Prof. Ruggieri in un giovane contadino: nato sulla parte interna e superiore della coscia si mantenne non più grosso d'un uovo per lo spazio di otto anni; quindi in quattro o cinque mesi tanto crebbe da occupare il ventre fino alla regione ombellicale. Il tumore cadde in isfacelo, e nel cadavere videsi che l'enorme cisti era limitata unicamente al tessuto connettivo di quelle parti, che i muscoli erano bensì esilissimi, ma in niun modo alterati (3). Lo stesso Prof. Ruggieri, essendo Professore a Padova, curava col setone altro vasto tumore cistico, che all'occipite scendeva sul dorso, e ne copriva tutta la metà destra: era lungo due spanne, circa 14 pollici, e largo una e mezzo, inciso nella parte inferiore, uscironne 10 libbre di un umore giallo verdognolo e senz'odore (4). Il tumore cistico nel ginocchio tagliato dal Dott. Lodovico Guitti di Ferrara avea il volume di grossissimo melone, e nelle tre cavità in

(1) An. un. di med. 1833 LXVII 317.

(2) Vedi Cap. 10.

(3) Dizion. enciclop. di Chirurg. III 225.

(4) *Zambonii M. P.*, De amplissimo tumore cystico prospere sanato Disputatio. Patavii 1823.

cui era spartito conteneva da quasi 10 libbre di materia in parte densa, in parte fluida (1).

Il Prof. Porta alle due specie già note di tumori follicolari sebacei (tumore unico o semplice; tumori agminati in forma di nodi multipli e sparsi) aggiungeva una terza nella quale a causa dell' evoluzione simultanea di una massa di follicoli nella stessa regione, il tumore sebaceo è composto e conglobato. In tale stato il tumore ha forma di verruca, che ulcerandosi assume pure il lurido aspetto del cancro; l'estirpazione è il mezzo più pronto e sicuro di guarigione. Nondimeno nello stadio di tubercolo circoscritto, o di piaga incipiente potrebbe anche bastare la semplice compressione, la cauterizzazione ecc. (2). Affini ai predetti sono quelle masse carnose, varie di grandezza e di numero, che simili ai tuberi della patata, formansi per lo più sul naso, e che hanno pur nome di *tumori elefantisiaci*. Il Prof. Cavara pubblicava una dissertazione latina intorno ai medesimi nei Nuovi Commentarj dell' Istituto di Bologna avendone felicemente tagliati parecchi (3).

Se l'elefantiasi degli Arabi sia una semplice ipertrofia del derma, ovvero una malattia discrasica costituzionale, una forma di scrofolosi, come il Maggiorani di recente ha sostenuto, non possiamo qui indagare, perchè questo ci condurrebbe ad un lungo esame, nel quale dovrebbe entrare per prima la domanda se sotto quella denominazione si comprende sempre la medesima malattia. Le due opinioni per altro si potrebbero mettere d'accordo ritenendo col Virchow che l' elefantiasi sia la conseguenza di una *linfangite* o *leucoflemasia*, genere d'infiammazione a cui l'abito scrofoloso è maggiormente proclive. Caso esemplare di elefantiasi è il descritto dal Prof. Gioachino Barilli, per ciò che tutta la parte destra del corpo era ingrandita, senza eccettuare lo stesso cranio ed il cervello (4). Anche nell' inferma del Maggiorani l' ingrossamento non limitavasi all' arto inferiore, ma osservavasi al gran labbro ed alla mammella dello stesso lato (5). Il Dott.

(1) Giorn. per servire ai progres. della Patol. Venezia 1841.

(2) Dei tumori follicolari sebacei. Milano 1856 con tav. Id. Mem. 2.ª (An. un. di Med. 1859 CLXVIII 289).

(3) De tumoribus elephantisiacis (Novi Comment. IX 67).

(4) Novi Comment. Instit. Bonon. 1844 VII 63.

(5) Ragguaglio di Clinica Medica. Palermo 1866 p. 171.

Asson nel 1842, e più brevemente or ora, pubblicava tre storie, dalle quali appare come le varie forme d'elefantiasi si possono insieme combinare, e come le diverse complicazioni siano fatte più gravi e pericolose. Tra queste forme è osservabile la *vascolare* o *telangectasica*, intorno la quale il Virchow recentemente ha chiamato le considerazioni de' patologi (1). Un bel saggio di cancroide nella mano complicato ad elefantiasi fu osservato nella clinica chirurgica di Bologna, il Prof. Venturoli amputò il braccio nel terzo superiore (2). Dalle forme consuete dell'elenfantiasi scostavasi il caso (se pure quello può dirsi veramente caso di elefantiasi) di cui fa parola il Bresciani nel suo Saggio di Chirurgia teorico-pratica: l'ipertrofia non era tanto alla gamba quanto alla coscia, e la cute formava ripiegature, simili a quelle del derma del rinoceronte, che potevan essere stirate a guisa di maglia: sotto quell'enorme massa sentivansi i muscoli cosciali come isolati (3). D'altra parte ne' casi di elefantiasi allo scroto descritti ed operati dal Cappelletti (4), dal Giovanini (5), dal Bottini (6), l'affezione ebbe tutti i caratteri di locale iperplasia, del tessuto proprio della cute, di semplice pachidermia. Di più l'operato del Giovanini mostra luminosamente come cotesto male, se amputato in una parte, non si riproduca in altra; essendo che eran già passati vent'anni dall'operazione, quando niun segno apparendo di recidiva, ne fu pubblicata la storia. A questi aggiungansi gli altri casi di stabile guarigione riferiti da Clot Bey, da Gaetano Bey e dal Dott. Castelnuovo (7). Ma ecco di nuovo il dubbio e la domanda, l'*elefantiasi dello scroto* è la stessa malattia dell'*elefantiasi delle gambe?* Gravi ragioni inducono a credere che sotto le apparenze di somiglianza le due malattie siano di natura differente. Il Dott. Castel-

---

(1) Osserv. Anat. patol. e prat. I —. Giorn. delle Malat. veneree e della pelle A. 1869.

(2) Saggio. ecc. p. 182. — L'ipertrofia della cute della nuca, che formava un tumore grosso un buon pugno, rugoso, anzi con anfrattuosità intestiniformi, fu osservata dal Dott. Petrali; il quale ne fece il taglio: dopo 12 anni rivedeva l'operata che continuava a godere perfettissima salute (Gaz. med. Lombarda 1851 p. 142).

(3) Bullet. delle Scien. med. 1854 II 15.

(4) Giorn. per servire ai progressi della Patol. 1845 VIII 496.

(5) Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1857 VII 253. — L'operazione fu fatta nel 1836.

(6) An. un. di Med. 1867 CC 270.

(7) An. un. di Med. 1865 CXCIII 127. — La Liguria medica 1862 p. 179. — Filiatre Sebezio 1852 XLIII.

nuovo è d'avviso che l'elefantiasi tanto scrotale che vulvare, da lui detta *ipersclerosi dei genitali*, sia conseguenza di labe venerea; ma, tacendo del fatto, che è pur grave, niuna virtù avere contro cotesti tumori il medicamento che tanto ben serve contro la sifilide, è indubitato che parecchie volte i medesimi tumori si formano senza che mai, come appunto nel malato del Giovanini, sianvi stati gli effetti di coito impuro.

Finalmente vuol essere notato che speranza, se non di guarigione, di miglioramento può conseguirsi dalla compressione nell'elefantiasi delle gambe. Il Prof. Vanzetti nel 1861 richiamò in vita questa vecchia pratica, sotto forma di *compressione digitale*, invece dell'allacciatura delle arterie, che Carnochan ed altri aveano proposta ed eseguita: egli ebbe la buona ventura di guarire per tal modo un'elefantiasi della gamba destra, dopo che avea fallito la compressione metodica delle fasciature (1). Il Prof. Albanese di Palermo giovavasi dello stesso metodo in 3 casi, sostituendo alle dita il compressore di Broca: ma ei non otteneva buoni effetti che ajutando la compressione diretta per mezzo di fasciature inamovibili (2). Resta a vedere se per questa via si raggiunga stabile guarigione.

Un caso di straordinaria elefantiasi tuberosa della clitoride venne descritto dal Dott. Nicola Vigorito in una dissertazione premiata dall'Accademia medico-chirurgica di Napoli (3). Dal Prof. Tito Vanzetti pochi anni fa è stato descritto un caso di *Pachidermia collariforme soprammalleolare*, affezione rarissima in Italia, non infrequente invece in Inghilterra, dove è conosciuta sotto il nome di *Anello fibrocellulare della gamba* (4); ed un altro singolarissimo di mollusco, o *fibroma molluscum*, sparso in numero infinito su quasi tutto il corpo d'una donna di media età, e che d'altronde godeva buona salute (5). Ma se non erro nel Lib. IV *de Abscessuum recondita natura* di Marc'Aurelio Severino trovasi già un esempio della predetta pachidermia collariforme, giacchè quel chirurgo dice di aver *circumsectum et exustum cingulum pedis supremi, qua flectitur, pollicis duplicati crassi-*

---

(1) Communications faites à la Societé de Chirurgie. Paris 1868 p. 60.

(2) Gaz. clin. dello Spedale di Palermo 1869 n. 2.

(3) Napoli 1865.

(4) Atti dell'Istituto Veneto 1862 Vol. VII.

(5) Communicat. cit. p. 129.

tudine, asperum extimo velut in elephantico tumore cutis et subnigrum (1). Il medesimo Marc'Aurelio Severino sotto il capitolo *de abscessibus progerminis* ha raccolto alcuni tumori, *quasi dicas ex tetra humoris luxurie germinantia tubera*, fra' quali troviamo appunto parecchi esemplari di quelli che oggi ancora, non trovando miglior denominazione, chiamiamo elefantisiaci. Così il Prof. Costantini nella mano mostruosa descritta dal chirurgo romano Nicolò Larche (2) ravvisava le masse carnose da lui osservate in una giovane sul destro antibraccio e formatesi di seguito a grave percossa (3).

(*Capo* 13.°)

MOSTRUOSITÀ PARASITARIE — PRODUZIONI CORNEE.

I tumori cistici, per la singolare qualità delle materie che contengono, di buon'ora attrassero l'attenzione degli anatomici e de' fisiologi. Per non risalire molto più addietro, ricordiamo l'opera del Fattori de' *feti che racchiudono feti detti volgarmente gravidi* (4), perchè in essa troviamo raccolti e vagliati con buona critica molti fatti che confermano non solamente la mostruosità per *inchiusione*, ma anche l'altra detta *parasitaria*, nella quale due o più feti contraggono fra loro sì intime aderenze, che l'uno perde la vita propria, e nell'altro, come sovra d'un ceppo, s' impianta facendosene deforme appendice. Tali attaccature non sono sempre sì profonde che la mano chirurgica non possa separarle; chè talora i rudimenti embrionali annestati non formano sul feto stipite che imperfezioni, le quali agevolmente possono essere corrette, se pur di farlo sia mestieri. Il Prof. Generali di Modena, ad esempio, estirpava dalla mascella inferiore d'una ragazza un'altra mandibola accessoria, la quale era fornita di

(1) Lugduni Batav. 1724 p. 236.

(2) Ivi p. 176 con tav.

(3) Saggio di clin. chir. per gli anni 1853-55. Roma 1855 p. 153.

(4) Pavia 1815. — Nella dissertazione per laurea lo studente Giovanni Pedroni accennava i casi fino allora più noti *de foetu in foetu* (Patavii 1837).

parecchi denti e di una vera gengiva, e dentro una cavità vestita di membrana mucosa, senza comunicazione con la bocca, e che avea un pertugio all'esterno, il quale si raggrinzava e schiudevasi quasi come apertura munita di sfintere. Di questo caso assai importante e forse unico negli annali della Scienza, leggesi la storia nelle Memorie dell'Accademia delle Scienze di Modena (1). Similmente il Dott. Giuseppe Corradi amputava con buona fortuna un arto inferiore soprannumerario, ma ben conformato, che una bambina teneva al perineo fra l'una e l'altra coscia (2). In altri casi invece l'appendice, ovvero feto parasito, benchè esterno, è congiunto al ceppo balio, o nutritore da non poternelo staccare senza grave rischio. Un caso di questa specie fu esposto dal Prof. Alessandrini; caso tanto più meritevole d'attenzione che nello stesso bambino eravi pure un secondo tumore, che pendeva dalla natica destra (mentre l'altro che stava su la natica sinistra sembrava aderente alle ossa della pelvi), e che potè essere facilmente reciso, mostrando di contenere in mezzo a molta pinguedine pezzetti ossei cartilaginei, e un ossicino che dava immagine di un metacarpo articolato con la prima falange. Sarebbe dunque cotesto un esempio di quella rarissima forma di mostruosità nella quale trovansi fuse insieme parti appartenenti a tre distinti individui, due de' quali imperfetti e parasiti dell' altro completo (3). Esempio forse unico di *inchiusione*, o *gravidanza dell'uvola* s' osserva nello scheletro femminino idrocefalico di sette mesi e mezzo conservato nel Museo di Anatomia fisiologica e patologica dell' Università di Pisa. L'uvola, scrive il Prof. Civinini, ampliata straordinariamente, è distinta in due grosse e lunghe sacche pendule dalla bocca, ripiena l'una d'un fluido assai denso e lattiginoso, l'altra di questo medesimo liquido, e di chiari rudimenti d'un'intera testa e di porzione di spina vertebrale (4). Il Prof. Rizzoli ha di recente studiato questo curioso ed importante argomento della mo-

---

(1) A. 1862.

(2) Di una mostruosità parasitaria (Lo Sperimentale. Luglio e Agosto 1865).

(3) Descrizione dei preparati più interessanti d'Anat. patol. esistenti nel Gabinetto d'Anat. comparata dell'Università di Bologna (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1860 X 15). — Un caso di doppio infetamento umano fu pure pubblicato dal Dott. Gaetano Nocito a Girgenti nel 1850.

(4) Indice degli Articoli del Museo ecc. Lucca 1842 p. 64.

struosità per inchiusione (1). Nel 1850 egli estrasse da una vecchia di 60 anni, mai rimasta incinta, un enorme calcolo vescicale che avea per nucleo alcune ossa fetali. La necroscopia mostrava l'alto fondo della vescica essere in comunicazione con un cavo formato dal cieco, da porzione di colon ascendente, da porzione di grande omento intimamente fra loro riuniti insieme alle parti adiacenti: da tale cavità quelle ossa, rimaste nascoste per lunghi anni, discesero in vescica, dove ricoprivansi di sostanza calcare. E però non ogni volta che straordinariamente trovansi ossa, od altre parti appartenenti ad un embrione o ad un feto umano, nel ventre di una donna, si debbono riguardare avanzi di gravidanza estrauterina; potendo invece benissimo essere il prodotto di *mostruosità addominale per inchiusione*. La quale distinzione è importante eziandio per la medicina legale, siccome lo è per l'anatomia patologica: e per vero quando quelle ossa od avanzi embrionali prendon la via della vescica, posson dar origine ad una specie singolare di calcoli, l'estrazione de' quali esigerebbe per parte del chirurgo speciali avvertenze. Due altri casi d'*inchiusione* furono osservati dal Rizzoli, ed entrambi in maschi, cioè in un uomo di 39 anni, e in un bambino di 9 mesi. Nell'adulto l'eliminazione di frammenti ossei e di una piccolissima vertebra avvenne per secesso: nel bambino il parasito (zoomilo) avea sede nel testicolo sinistro. La mostruosità fu levata dal Rizzoli conservando il testicolo, il quale esito fortunato non ancora era stato raggiunto; perciochè nel solo caso in cui il Velpeau tolse del tutto il parasito conservando il testicolo, l'operato soccombette.

Ma allora pure che non può ammettersi una gravidanza estrauterina per spiegare sì strane produzioni, è forse d'uopo ricorrere ogni volta all'ipotesi dell'inchiusione, o dell'innesto di uno in altro feto? Se ciò fosse anche la polidactilia, le sei dita, dovrebbero considerarsi mostruosità parasitarie. Il Lebert trovando insufficienti i predetti modi di spiegazione, sosteneva nelle Memorie della Società Biologica di Parigi, che certi tessuti potevan formarsi spontaneamente, per forza di leggi sconosciute, in parti del corpo dove natural-

(1) Intorno ad un enorme calcolo vescicale avente per nucleo alcune ossa fetali, ed a due mostruosità per inclusione in cui l'individuo ceppo si potè porre in condizioni normali (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1867 VI)

mente non si trovano. Ma questa dottrina dell' *eteropia plastica* non è già nuova: accennata dal Rubini fin dal principio del secolo con riflessioni che hanno certo valore e che si staccano dalle idee allora predominanti nella patologia (1); venne quindi illustrata dal Prof. Michele Medici, trent'anni fa, nella dissertazione « De quibusdam insolitis, abnormibusque animalibus vegetationibus (2) » prendendone argomento, oltre che da una doppia cisti dell'ovaja, che conteneva capelli, peli e concrezioni ossee, dall'aver osservato un'ugna cresciuta in un pavone sopra il moncone del metatarso fratturato. Al quale proposito merita considerazione il caso assai raro narrato dal Dott. Vidoni, poichè dal medesimo conseguirebbe che nell'età adulta, e accidentalmente, possono formarsi peli e capelli ecc. dentro le ovaja. Infatti nato un ascesso nell'ovaja destra in donna, che prima non avea in quella parte nè tumore od altro incomodo, nè segni di gravidanza, e vuotatosi nella vescica, insieme alle marcie uscì un lungo ciuffo di capelli senza bulbo (3).

Intorno poi le insolite produzioni sulle parti esterne del nostro corpo, abbiamo varie memorie, alcune delle quali raccolte non tanto ad oggetto di curiosità, quanto di scientifica investigazione o di pratica utilità: sotto quest'ultimo rispetto ricordiamo l'osservazione di unghie e corna sul membro virile notata dal Reghellini nel secolo passato (4), con la quale hanno attinenza le altre del Malacarne (5), del Caldani (6). Ricordiamo la memoria del Dott. Picinelli (7), i casi di escisione narrati da Portal, da Calvi ecc. (8). Importano invece maggiormente all'anatomia patologica le osservazioni del Sormani, del Dorotea, del Nicolucci (9), e soprattutto le altre del Betti, del Paolini,

---

(1) Giorn. della Soc. med. chir. di Parma T. VII.

(2) Nov. Comment. Instit. Bonon. VI 69.

(3) Ann. un. di Med. 1865 CXCII 586.

(4) Osservazioni sopra alcuni casi rari medici e chirurgici. Venezia 1764 Osserv. I.

(5) Mem. dell'Accad. delle Scien. di Torino 1816 XVII p. XXXIII.

(6) Mem. della Soc. Ital. delle Scienze 1813 XVI P. II 119.

(7) Delle escrescenze impropriamente dette corna umane. Bergamo 1817.

(8) Filiatre Sebezio 1842 XXIII 25. — Gaz. med. Lomb. A. 1851 p. 423.

(9) Giorn. per servire ai progressi della Patol. e Terap. Venezia 1841 XVI 174. — Atti del Congresso di Napoli A. 1845. — Filiatre Sebezio A. 1846 (Osservaz. microscop. sulla ceratosi.

del PEYRANI e MORIGGIA (1). Il RANZI poi insisteva intorno la frequente congiunzione del cancro coi prodotti cornei; e netrovava la ragione in questo che l'arrestamento alla forma cellulare di molti elementi, i quali doveano essere trasformati in tessuti permanenti di più perfetta struttura, come dà l'esuberanza epidermoidea, mette pure adatta condizione acciocchè la degenerazione cancerosa succeda.

(*Capo 14.°*)

DELL'AUTOPLASTICA IN GENERALE, E DI QUELLA DELLA FACCIA IN ISPECIE: DELLA STAFILORAFIA E DELL' URANOPLASTICA.

La chirurgia moderna nemica com'è del mutilare, naturalmente dovea con molta cura attendere a riparare le mutilazioni e deformità. che, portate col nascere, ovvero sorte per accidente, per effetto di malattia o di atto operativo, oltre che tolgono la venustà, impediscono o fanno impossibile l'eseguimento d' importanti funzioni. Ma tale scopo con molti ed assai diversi modi può conseguirsi, con operazioni cruenti cioè, ovvero con macchine ed anche con il metodico esercizio delle parti. La chirurgia riparatrice comprende dunque diversi metodi, fra' quali l'*anaplastica* e l'*autoplastica* dando a queste parole il significato di *membri restitutio*, di rifacimento delle parti distrutte o malate con le altre sane più o meno prossime, ed anche con i lembi delle stesse parti mutilate perchè elastici e distendibili. L'autoplastica è una gloria italiana: comincia con CELSO, riappare dopo lunghi secoli nel quattrocento coi BRANCA di Sicilia, con la famiglia de' VIANEI di Tropea in Calabria: conosciuta e praticata da parecchi empirici, fra' quali il FIORAVANTI, ebbe dal bolognese TAGLIACOZZI alla fine del secolo XVI carattere scientifico stendendone un trattato metodico, compiuto e razionale. Il volume de *Curtorum chirurgia per insitionem*

---

(1) Il Tempo di Firenze 1859 III 15 e seg. — Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1862 I. — L'Osservatore, Gazzetta delle Cliniche di Torino A. 1866 p. 65 e seg.

veniva pubblicato in Venezia nel 1597; ma poco dopo morto l'autore (1), l'operazione da lui sì calorosamente raccomandata cadde nell'oblio, da cui non si sarebbe forse mai tolta se ai nostri tempi un nuovo metodo non dava all' autoplastica quella facilità e sicurezza che non avea la pratica dei Branca, mantenuta fedelmente dai Vianei e dal Tagliacozzi, di rifare le labbra ed il naso con un lembo di pelle del braccio (2). La qual maniera di ristaurazione è cosa del tutto originale che il minore dei Branca, per ischivare la cicatrice della fronte, escogitava e metteva ad effetto. La rinoplastica italiana, dice il Prof. Porta, non ha precedenti, nè dati di alcuna sorta, tradizionali o scritti, che facciano sospettare la sua provenienza, come vorrebbero Carpue e Graefe, dall' Indostan. Il Tagliacozzi acconciamente chiamò chirurgia *per insitionem* le operazioni ch'egli faceva *ad refectionem curtorum*, siccome più tardi il Baronio la definiva *arte degl' innesti* (3). La moderna autoplastica, quella cioè che si compie col metodo indiano, introdotta com'è noto in Europa dal Carpue, venne grandemente ampliata dal Dieffenbach, che ne moltiplicò i processi e le applicazioni. Le nuove operazioni con grande clamore erano celebrate: il Dott. Giuseppe Canella per eccitare i nostri chirurghi a ritentarle raccoglieva le principali nel suo Giornale di Chirurgia (4); il Signoroni lamentando che l' Italia fosse tanto tarda a riabbracciare quest'*arte d'abbellire*, della quale in altri tempi fu la prima, per non dire l'unica cultrice, divulgava gl' insegnamenti del chirurgo di Berlino, tentando anche, siccome aveva fatto Graefe, di ridar vita al metodo italiano (5). L'esperimento che fallì nelle mani del clinico di Padova, riescì egregiamente in quelle del Dott. Paolo Fabrizj di Modena, allora esule in Malta; il quale traendo il lembo dalla cute che è lungo il muscolo supinatore (affine di poter collocare l'antibraccio per il tempo

---

(1) Morì ai 7 Novembre del 1599 nell'ancor fresca età di 53 anni; e però non dee far meraviglia che il Falloppio, mancato ai vivi nel 1562, e tanto meno Gio. Vigo, che non giunse al 1521, non abbian parlato dell'opera del Tagliacozzi (Vedi la memoria del Prof. Porta sull'autoplastica, di cui appresso).

(2) *De Luca Domenico,* Sui Vianeo di Calabria ed il metodo autoplastico italiano. Nota storica. Napoli 1858.

(3) *Baronio Giuseppe*, Degl' innesti animali. Milano 1804.

(4) A. 1825 T. I.

(5) Della Rinoplastica. Mem. stor. prat. (An. un. di Med. 1833 LXVII 225).

necessario nella posizione meno incomoda pel paziente) riparava l'osceno sembiante d'una giovane, che sei anni prima, morsa nel naso, n'avea perduto due terzi della parte cartilaginea (1). Il Fabrizi prescegliva il vecchio metodo perchè, anche non ottenendo il risultato che si desidera, quello non lascia l'operato più deforme di prima: ma di fronte a questo pregio v'ha pure l'inconveniente di dover tener il braccio incollato alla fronte per non breve tempo, per più settimane ancora, la riunione per prima intenzione, come vorrebbe il Graefe, non potendosi che in pochi casi conseguire; ed è perciò che il metodo indiano e quello di Celso hanno prevalso. Prima ancora del Signoroni, cioè nel 1831, il Prof. Baroni imprendeva operazioni autoplastiche: nè verun altro, quanto esso, in Italia si esercitò in questa parte di chirurgia, ora adoperando i processi noti, ora questi ingegnosamente variando secondo che la sede, la forma, l'estensione e profondità dell'offesa esigevano, ed anche nuovi immaginandone (2). Nè il Baroni circoscrisse, come dice lo storico della di lui vita, l'opera sua al rifacimento delle palpebre, delle gote, delle labbra e del naso, che sono pure operazioni lunghe e delicate, che addimandano esperienza molta dell'operare e del medicare perchè l'esito corrisponda alle speranze e non renda l'infermo in uno stato peggiore; ma restaurò ancora mirabilmente una parte di orecchio e di scroto, e curò coll'innesto animale radicalmente un'ernia inguinale sciolta adoperando il processo del Jameson; e trapiantando la pelle del braccio sull'antibraccio, pose rimedio ad una vecchia cicatrice per bruciatura, che avea piegato il gomito e lo teneva saldo nella flessione (3). Parecchie poi di tali operazioni hanno pregio anche per la fisiologia e patologia generale, per le sagaci osservazioni fatte intorno ai mutamenti che avvenivano in quelle trasposizioni ed insoliti congiungimenti di parti: tale ad esempio il fatto di quell'infelice, che, avendo rifatto il naso con pelle tolta dalla fronte, per oltre quaranta giorni alla fronte rife-

---

(1) Sopra alcuni punti relativi alla Rinoplastica. Riflessioni. Malta 1841.

(2) Historiae de gena, labio et palpebra varie mutilis atque deformibus Bononiae annis 1831 et seq. per cutis insitionem plane instauratis (Novi Comment. Instit. Bonon. III 435). — Operaz. chirurg. fatte in Roma dal Prof. Baroni e descritte dal Dott. A. Feliciani. Roma 1837. — Bullet. delle Scien. med. di Bologna 1837 III 230. — An. un. di Med. 1846 CXVIII 449 1847 CXXII 556 — Corrispond. scient. di Roma A. 1850 N. 18 e 19.

(3) *Burci*, Elogio biografico del Prof. Cav. Paolo Baroni. Pisa 1856 p. 16.

riva le impressioni che ricevea sul naso (1). Il Riberi egualmente fu sollecito nel coltivare questa parte importante di chirurgia plastica; e poichè le sue operazioni, quantunque fatte in uomini già in là negli anni, ebbero prospero successo (2), ne venne che altri pure con maggior ardimento seguissero l'esempio, siccome il Petrali, il Clementi, il Cappelletti, il Minich, il Vanzetti, il Fuschini, il Veronese, il Chiminelli, il quale anche tradusse e annotò la Chirurgia plastica di Ammon e Baumgarten (3) ecc. Il Riberi per la blefaroplastica esponeva un metodo nuovo che altri a torto volle attribuire al Velpeau, e questi al Jones. Si stacca un lembo triangolare dalla palpebra con la base verso il nepitello, e lo si fa scivolare verso questo, unendone i margini ai corrispondenti della ferita palpebrale, chiudendo pure con sutura quello che resta di ferita dopo lo sdrucciolamento del lembo stesso (4). Il Prof. Rizzoli in un caso nel quale bisognava rifare la palpebra ed il sopracciglio mancanti, seppe ingegnosamente profittare della circostanza che i capelli della regione temporale non erano molto distanti dal margine orbitale esterno, per comprendere nel lembo tanta porzione di parte capelluta quanto occorreva per riparare al non piccolo difetto del sopracciglio (5).

Fra le molte operazioni, che in que' primi anni (relativamente a noi) di entusiasmo per l'autoplastica furono fatte, merita ricordo quella che il Dott. Sabattini chirurgo in Imola praticò per rifare nella medesima persona il naso col metodo indiano, e racconciare il labbro superiore con un lembo preso dall' inferiore. Non era questo un nuovo imprendimento, ma la modificazione in grazia della quale il mar-

---

(1) Sopra tre operazioni di autoplastica esposte con osservazioni del Dott. Luigi Chiminelli (An. un. di Med. 1847 CXXII 556).

(2) Repert. med. chir. di Piemonte Ottobre 1834. — Giorn. delle scien. med. Torino 1839 Ibid. 1843 XVI 385. É particolarmente osservabile il caso di *Rinoplastia totale* ottenuta felicemente, restando al naso bella forma, elevatezza e consistenza, mercé particolare artifizio.

(3) Venezia 1845. — Le relazioni delle autoplastie fatte dai predetti chirurghi sono inserite negli Atti de' Congressi di Padova e di Milano, nel Bullet. delle Scienze med. di Bologna (A. 1845), negli Annali univ. di Med. (A. 1846), nel Memoriale delle Medic. contemp. (A. 1839-1840-1847), ecc. La storia delle operazioni del Dott. Fuschini fu stampata a Ravenna nel 1844. Le storie del Vanzetti sono negli *Annales Scholae clinicae chirurgicae* dell' Università di Karchoff. (p. 125-148).

(4) *Riberi*, Blefarottalmo terapia. Torino 1836. — Gior. delle Scienz. med. di Torino A. 1843.

(5) *Romei*, Relazione d'una blefarofriplastica (Bullet. Scien. med. 1857 VII 260).

gine libero del labbro inferiore diventò margine libero del superiore, fu veramente pratica ingegnosa (1). Parimente fra le più recenti osservazioni di simil genere (neppure spazio avendo di far cenno delle principali) ci limiteremo a notare quella del Prof. Costantini, la quale con la *geno* e *doppia cheiloplastica* riparava ai guasti di ampia piaga cancerosa, resecando nella stessa ora circa due terzi del mascellare inferiore scoperto e cariato (2). Similmente l'altra operazione eseguita dal Dott. Giovanini ebbe buon fine malgrado le molte complicazioni, un colpo d'arma di fuoco avendo distrutto tutto il labbro inferiore, coll'osso del mento, parte del labbro superiore e della lingua. I brani di questa furon riuniti con un punto di sutura , i monconi dei rami mandibolari furon fatti convergere acciocchè si congiungessero per mezzo di sostanza cellulo-fibrosa: ciò ottenuto, dopo un mese fu fatta la geniocheiloplastica con il metodo di scivolamento laterale traendo i lembi dalla parte inferiore della guancia rispettiva, e formando l'orlatura col ripiegare in fuori una porzioncella di mucosa, e cucendola coi lembi genali, i quali riuniti sulla linea mediana formarono il mezzo labbro inferiore (3). Il Prof. Marzolo in un giovane cappuccino, che per carie delle ossa e delle cartilagini nasali avea perduto tutto lo scheletro del naso, conservandone per altro i tegumenti, ingegnosamente congiunse all'anaplastica la protesi, cioè, staccata e tratta fuori la pelle introflessa e aderente nelle fosse nasali, tenevala sollevata con due semicanali di avorio in forma di piramide, che facevano uffizio delle ossa e cartilagini perdute (4). Assai ingegnoso è pure il ripiego adoperato dal Dott. Marchettini per ridare al pene l' involucro cutaneo intieramente distrutto da ulcera sifilitica fagedenica, meno piccola parte del prepuzio, insieme a buon pezzo di pelle del pube, sana invece essendo quella dello scroto. Sotto questa pelle pertanto, fattone una piega e trapassatala dall'uno all'altro lato con sufficiente incisione, vennero introdotti i corpi cavernosi, congiungendo il margine posteriore della cute stessa con la sana che

---

(1) *Sabattini Pietro*, Cenno storico dell'origine e progresso della Rinoplastica e Cheiloplastica, seguita dalla descrizione di queste operazioni eseguite sopra un solo individuo. Bologna 1838.

(2) Saggio della Clin. chir. della Romana Università per gli anni 1851-52. Roma 1853 p. 32.

(3) Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1866 T. V.

(4) Gaz. med. Prov. Venete A. 1869 p. 241.

circondava la piaga del pube. Dopo otto giorni i corpi cavernosi erano aderenti al nuovo integumento, da cui nondimeno il pene in verun modo poteva sollevarsi: ma fatte due incisioni laterali dalla radice all'apice, l'erezione fu possibile, e riuniti con sutura i lembi dello scroto diviso, i testicoli restarono pienamente coperti. Dopo un mese il malato usciva dallo spedale guarito, ed ammogliatosi n'ebbe figli (1). Maggiormente artificioso e complicato, così volendo il caso speciale, fu il procedimento d'autoplastica impiegato dal Dott. Giovanini per vestire le parti rimaste scoperte, e principalmente l'asta, nell'uomo da lui felicemente operato di elefantiasi scrotale, secondo che sopra al Capo 12 venne riferito.

Ma il più recente e vasto nostro lavoro in questa materia è la dissertazione del Prof. Porta inserita fra quelle dell' Istituto Lombardo (2). Non occupandosi che dell'autoplastica facciale (perchè la faccia è l'arena propria delle operazioni riparatrici), il Prof. Porta parla partitamente della rinoplastica, della meloplastica, della cheiloplastica sì superiore che inferiore e della blefaroplastica. In ciascuno di tali capitoli mette prima i casi pratici che a lui sono proprj quindi fa seguire speciali considerazioni; le quali scendendo dai fatti raccolti, che sono più di un centinajo (3), contengono importanti insegnamenti sulle indicazioni e sui metodi da eseguirsi, pongono il criterio per fare giusto sistema del valore di questa pratica chirurgica, per aver in essa prudente fiducia. Amico della semplicità condanna tutta quella vanitosa farragine di processi co' quali parecchi scrittori di autoplastia hanno piuttosto recato imbarazzo che precisione nella pratica: ei li riguarda come semplici modificazioni o addizioni al metodo generale dell'operazione; tutti quegli spedienti riducendosi al metodo indiano ed all'altro di Celso, i quali due nella grande varietà dei casi particolari, sovente si toccano e si confondono; conciossiachè la torsione del peduncolo (metodo indiano) spesse volte non è che una semplice ro-

---

(1) Gaz. med. Toscana A. 1853.

(2) A. 1866 T. X.

(3) Operazioni di rinoplastica . . . . . 28, tutte andate bene.
» meloplastica . . . . 25, di cui 18 »
» cheiloplastica superiore 20, di cui 16 »
» cheiloplastica inferiore 25, di cui 22 »
» blefaroplastica . . . 22, di cui 18 »
non fallirono che 1 meloplastia e 2 cheiloplastie: le altre 15 ebbero soltanto parziale buon esito.

tazione o conversione del lembo; e nell'adduzione (metodo di CELSO) la trazione ben di rado è diretta. Dell'autoplastica, a cui una volta con soverchia ritrosia si ricorreva, oggi agevolmente si abusa. L'esperienza dimostra, che, quando si vogliano limitare ai casi in cui veramente sono indicate, le operazioni autoplastiche non possono esser frequenti; per ciò che nella maggior parte delle soluzioni di continuità sono superflue, bastando la sola sintisirafia od il processo spontaneo di cicatrizzazione, perchè il rimarginamento succeda: frequentemente poi le condizioni del vizio locale, e dovremo pur aggiungere lo stato generale, le rende dubbie e pericolose per l'infermo.

Ma il Prof. PORTA vorrebbe che l'autoplastica fosse non solamente un'arte correttrice delle forme, bensì anche un modo di preservazione contro la recidiva di terribile malattia, il cancro. Peraltro egli limita il benefizio al cancro della faccia (cancroide), purchè non sia molto avanzato. Ne' suoi operati la maligna degenerazione appena in alcuni è ripullulata, gli altri tutti essendo *radicalmente* guariti. Ma l'osservazione fu essa ogni volta condotta sì innanzi da farci sicuri del prospero evento? Il Prof. BARONI vide riapparire altre forme cancerose in parti più o meno lontane, e sul medesimo lembo trapiantato in un uomo cui tre anni innanzi avea fatto la rinoplastica parziale, e che già prima ancora, era stato curato con apparente guarigione, seguendo il metodo di HELMUND (1). Probabilmente che l'aver o no recidiva, è effetto della diversa qualità dell'ulcera cancerosa, il cancro epiteliare essendo, meno delle altre forme o specie, maligno; ma non tanto e così assolutamente da poterlo staccare del tutto dalla classe de' cancri. V'hanno forme intermedie, le quali per l'andamento, per i sintomi ecc. avvicinano l'epitelioma al cancro ghiandolare, e tolgono o digradano le differenze notabili, che pur sono fra questi neoplasmi, riguardati ne' loro tipi più genuini. E però le distinzioni non sono poi in pratica sempre facili e possibili. Parimente è dei tumori fibroplastici; de' quali niuno oggi potrebbe più sostenere, come una volta il LEBERT, l'innocuità. Per altro se il taglio sollecito ne' cancri cutanei è la

---

(1) *Baroni.* De quibusdam ulceribus cancrosis ad faciem, qua per arsenicum sanata mere juxta Helmundi methodum (N. Comment. Instit. Bonon. 1843 VI 159). — Sopra tre operazioni di autoplastica (An. un. di Med. 1847 CXXII 556.

miglior guarentigia di guarigione, l'autoplastica porterebbe eziandio questo benefizio di persuadere l' infermo a sopportare la mutilazione, sapendone che tosto il difetto è emendato. In questi casi in cui il vizio è, come si mostra, locale, trarre il lembo riparatore da parti il più possibilmente lontane dalla sede stessa del male, parrebbe che meglio dovesse conferire resistenza alla recidiva: non sarebbe pertanto questo un motivo di riprendere il vecchio metodo dei Branca e del Tagliacozzi? Checchè sia di questo pensiero, certo è che l'autoplastica ne' cancri ghiandolari della mammella (quando non s'abbià a fare con semplici tumori fibrosi), non preserva dal ritorno del malanno. Lo stesso Porta l'avverte, siccome pur fecero l'Asson, il Chiminelli ecc. quando fidando nelle promesse di Blandin, di Martinet de la Creuse, i chirurghi aveano molta speranza di guarire radicalmente il cancro mercè l'autoplastia (1).

La faccia è senza dubbio il campo eletto di cotest'operazione; ma essa dovea pur volgersi a riparare altre parti, a correggere vizj di struttura e di forma sì congeniti che avventizj. La stafilorafia non è per sè stessa a rigore un'operazione autoplastica (se autoplastia debba sempre significare l' innesto sulla parte difettosa d'un lembo preso altrove); ma tale per l'effetto la si può riguardare, e lo è ancora pel mezzo, allora che al pari del palato molle, anche la volta palatina (ciò che frequentemente avviene) sia divisa. Tanto più poi tiene dell'autoplastia se il chirurgo non si contenti, come faceva il Roux, di chiudere con un otturatore il pertugio dell'ossa dopo avere riuniti i lembi del velo pendolo. Il primo in Italia a praticare la stafilorafia, per quel ch' io sappia, fu il Dott. Simi, il quale innanzi al 1823 con semplici mezzi, cioè con ago curvo infilato di refe e adatta molletta, potè in una bambina riunire il velo palatino squarciato da un pezzo di canna infittosi, mentre la creatura cadeva, dentro la bocca (2). Nel 1847 il Baroni in un giovane di 22

(1) Giorn. per servire ai progressi della Patol. e della Terap. A. 1846.

(2) Il Dott. Simi non pubblicò quest'operazione; ma il Prof. Palamidessi ne raccoglieva da autorevoli medici di Pisa il racconto (Alcune considerazioni intorno alla Stafilorafia ecc. Lo Sperimentale 1867 XIX 385). Un caso consimile seguito parimente da sollecita riunione delle parti, sebbene l'operazione non potesse essere che imperfettamente eseguita, é narrato dal Dott. Manieri nel Filiatre Sebezio dell'anno 1843 (T. XXV p. 222). Il Ranzi, riferendo egli pure il caso del Simi da lui stesso più volte udito raccontare, scriveva in proposito: « Questa fu

anni che, nato con il velo pendulo intieramente fesso pel lungo in due parti, a stento poteva parlare e deglutire, stabilmente riuniva i margini cruentati giovandosi del processo di Roux (1). L'anno dopo il Prof. Regnoli per estirpare con maggiore facilità e sicurezza grossi polipi faringei, incise sulla linea mediana il velo pendulo palatino teso dai suddetti tumori e spinto da questi in avanti: estirpati i tumori, le labbra della scissura così ad arte procurata, fu con l'artificio della sutura, praticata col metodo del Bérard, sollecitamente riunita. In questo caso, come in quello del Simi, l'operazione riescì agevole perchè non fu d'uopo incidere i margini: nel malato di Regnoli v'avea pur questo di buono che il velo era flaccido e cedevole a cagione della distensione che i tumori gli avean fatto patire; sicchè esso naturalmente trovavasi in quello stato di paralisi muscolare, che oggi i chirurghi, seguendo il Séddillot ed il Fergusson, procurano di ottenere incidendo i muscoli peristafilini, la cui contrazione per la discontinuità del velo pendolo sulla linea mediana, non ha verun freno. Una delle ultime operazioni del compianto Prof. Palamidessi fu quella appunto di praticare cotesta miotomia, affine di compiere con maggior facilità (ció che felicemente conseguiva) la stafilorafia in un adulto, nel quale la fenditura mediana del velo pendolo era complicata da labbro leporino congenito (2). Due volte il Prof. Costantini di Roma operava felicemente la stafiloplastica: per rendere meno difficile il passaggio de' fili egl' inventava un *ago forbice perforotensivo*, il quale con una branca trafigge, seco portando il filo, esattamente il velo palatino dal di dietro in avanti, con l' altra tende il velo stesso risparmiando a questo modo l' imbarazzo di particolare pinzetta o tenacolo. Similmente, affine di meglio formare e adattare i lembi, quando occorra non solamente di ricongiungere il palato molle diviso, ma ristaurarlo perchè in gran parte distrutto, il medesimo autore trovava adattissimo un coltellino tagliente d'ambo i lati curvo ad angolo sull'asta poco prima che incominci la parte estrema affilata. Di co-

una vera stafilorafia, e ciò fece il Simi assai prima che si parlasse di stafilorafia, talchè a rigore, egli poteva sorgere tra Roux e Graefe, tra la Francia e l'Alemagna che si disputarono la priorità della stafilorafia, e comporne le parti dicendo che la stafilorafia era operazione che da prima fu praticata in Italia (Lezioni di Patol. Chir. III 178 2.ª edizione)».

(1) Rendic. dell'Accad. delle Scien. di Bologna 1846-48 p. 65.

(2) Alcune considerazioni intorno alla stafilorafia l. c.

testi strumenti servivasi il Costantini in uno de' predetti casi di stafiloplastica, ed in altro di uranoplastia per carie della volta palatina: ma questa seconda operazione, sebbene egregiamente compiuta, non potè andare a buon fine per colpa di soppraggiunta infiammazione delle fauci (1). Il Dott. Gaetano Giovanini ha pure immaginato una pinzetta semplice, comoda e di piccola mole per operare la cucitura del velo palatino diviso: l'ago curvo è montato su d'uno stiletto, che per mezzo d'un bottone scorre dentro il corpo della branca maschio, e fa capo in un foro scolpito nell'estremità della branca stessa. Questa pinzetta, oltre che senza ajuto d'altri strumenti fa la presa e la tensione del lembo del palato, ha su le altre consimili il pregio di non pungere immediatamente il lembo stesso, ma soltanto quando più paja convenga all'operatore (2). L'uranoplastica, secondo il processo che porta il nome di Langenbeck, fu con ottimo successo praticata dal Prof. Marzolo, il quale per la sutura servivasi di un sottilissimo filo di ferro inargentato (3).

Ma oltre queste felici applicazioni di metodi e processi già altrove proposti e adoperati, noi possiamo mettere innanzi anche su questo proposito qualche cosa di originale. Sin dall'ottobre 1851 il nostro Larghi faceva un'operazione la quale veramente è una *palatoplastia*, e la faceva come complemento di altra operazione, precorrendo quindi l'Every, il Pollock, il Field che contrastano al Langenbeck l'onore di essersi giovato pel primo del periostio per riparare alle lacune del palato osseo. Trattavasi di un carcinoma che comprendeva l'etmoide, il mascellare sinistro superiore e parte del destro: il Larghi estrasse gran parte di queste ossa dal lato della bocca; ma avendo conservato il velo mucoso periosteo del palato potè rifarsi il tramezzo, che separa la cavità della bocca da quella delle narici; siccome pure si riprodusse il mascellar superiore di cui aveva risparmiato il periostio della parte anteriore e laterale: sventuratamente dopo parecchi mesi il tumore maligno si riproduceva (4).

La stafilorafia e l'uranoplastica sono senza fallo splendide gemme della moderna chirurgia operativa: ma applicando alle medesime

(1) Saggio di Clinica chirurgica per gli anni 1853-54-55 Roma 1855 p. 70-81.

(2) Della pinzetta stafilorafica (Bullet. delle Scien. med. 1869 VIII 388).

(3) Gaz. med. Prov. Venete. A. 1865 p. 445.

(4) Operazioni sottoperiostee (Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino T. XXIV e seg.).

l'indagine di cui più sopra mostravamo l'importanza, cioè quali siano gli effetti ultimi delle operazioni, taluno ne trarrebbe fuori la sconsolante conchiusione, che il frutto ottenuto specialmente rispetto alla voce ed alla loquela, non sono pari alle difficoltà dell'imprendimento. Se non che deve distinguersi l'operazione che si fa per riparare ad un offesa accidentale, dall'altra destinata a correggere un vizio congenito, nel quale con la fessura del velo pendolo v'hanno altri difetti nella forma dell'intiero palato, e forse anche in quella di tutta la bocca. Ma quand'anche non s'avesse che un miglioramento, il quale in altra guisa non si potesse conseguire, non perciò si dovrebbe lasciare da parte operazioni la cui difficoltà non può essere impedimento. Nulladimeno sarebbe stranamente abusare dell'autoplastia adoprandola ne' casi in cui le semplici suture, e la protesi bastino allo scopo della riparazione. Chiudiamo il capitolo col far cenno dell'ingegnoso e semplice processo immaginato dal Dott. Carlo Busi per la cura radicale delle dita palmate: formati i lembi e staccatili, vengono trapiantati, conservando largo peduncolo, dall'un dito sull'altro (1). Per ristaurare la pelle della mano il prementovato Dott. Paolo Fabrizi servissi invece dell'anaplastia italiana (2).

---

(1) Bullet. delle Scien. med. 1857 VII 81.

(2) Memor. della Medic. contemp. 1843 IX 156.

III.°

MALATTIE DEI DIVERSI TESSUTI E SISTEMI ORGANICI

A Sistema Vascolare.

(*Capo* 15.°)

PATOLOGIA DELLE ARTERIE — DELL'ANEURISMA — OPERE DELLO SCARPA.

Nel 1804 lo Scarpa pubblicava a Pavia le sue Riflessioni ed osservavazioni anatomico-chirurgiche sull'aneurisma: con quest'opera il celebre anatomico prendeva posto fra i sommi chirurghi. Noi dobbiamo quindi farne conoscere i punti principali quand'anche la dottrina intorno gli aneurismi, ed i modi di curarli abbian poscia avuto ingrandimenti, correzioni e perfezionamenti.

Nelle scuole era universalmente tenuta la dottrina, che riguardava l'aneurisma vero come effetto della dilatazione morbosa delle pareti delle arterie: lo Scarpa sorgendo contro questa dottrina, dichiarava erronea la divisione dell'aneurisma in vero e falso, poichè l'aneurisma non avviene che per rottura delle membrane proprie delle arterie a cui segue spandimento di sangue quando *circoscritto* nel tessuto cellulare che circonda il vaso, quanto *diffuso* più o meno lontano sopra e sotto il luogo nella lacerazione. Questo concetto nella sostanza non era nuovo, poichè lo ebbe anche il Vesalio: anzi poco prima che cominciasse il nostro secolo, il Palletta avea affermato

che tutti gli aneurismi appartengono alla medesima classe de' mali per dieresi, ossia lacerazione (1). Ma niuno sostenne tale concetto con tanto ingegno e copiosa dottrina quanto il chirurgo di Pavia; il quale per altro non negava che le arterie si possono per fatto morboso dilatare: anzi in alcune delle figure espresse nelle tavole che accompagnano la sua opera il tumore pulsante, od aneurisma propriamente detto, è per così dire innestato sulla dilatazione dell'arteria. Nulladimeno malgrado che si possano trovare unite, ci volle distinte queste due forme di malattia con nome diverso. Per ciò poi che riguarda la cura dell'esterno aneurisma, con la mira di togliere di mezzo i dubbj che legata la femorale si potesse riprendere la circolazione per le vie collaterali, e quindi ancora di conciliare favore all'operazione hunteriana, poneva sott'occhio ai chirurghi in accuratissime e splendide tavole lo stato vero del sistema arterioso, de' suoi rami laterali e delle sue anastomosi sì negli arti superiori che inferiori di soggetto adulto. All'operazione hunteriana, ovverossia aneliana, faceva poi egli i seguenti cambiamenti. Innanzi tutto mostrò l' inutilità, non che il danno che derivava dalle due legature praticate a certa distanza l'una dall'altra secondo il metodo di Hunter, mentre una sola legatura col minore spostamento possibile dell'arteria dal tessuto cellulare, col quale sta unita, è bastante all'uopo. Fece sopprimere la così detta legatura di riserva, siccome inutile e nociva; del pari dimostrò che gli strumenti metallici introdotti nel fondo della ferita e tenutiveli, ad oggetto di comprimere l'arteria, sono grandemente dannosi; disapprovò con forti argomenti la pratica di troncare l'arteria fra le due legature; volle mostrare non ragionevole l'altra di stringere mediante un cordoncino l'arteria espressamente coll'intenzione di frangerne l'interna e la media tonaca, mentre si può ottenere in pari tempo il coalito e l'otturamento del tubo arterioso conservando le due principali tonache di esso nella perfetta loro integrità, usando d'un nastrino e dell'interposizione d'un cilindretto di seta cerata fra l'arteria e il laccio; sostenne che a parità di felici circostanze pel coalito e per l'otturamento dell'arteria si può togliere la legatura impunemente trascorse 80 ore dall'operazione (salvo il caso di persona infermiccia o di età molto avanzata, nella quale il processo adesivo può tardare

---

(1) Giorn. med. di Venezia A. 1796 p. 12.

o mancare affatto), ciò che a lui pareva sommamente vantaggioso per la guarigione della piaga liberata da ogni corpo straniero. Hunter legava lontano dal sacco per non cadere col laccio sovra porzione alterata dall'arteria, e cioè davanti al terzo adduttore nell'aneurisma del poplite; lo Scarpa per ischivare maggiormente quel pericolo portò l'allacciatura più in alto in quello spazio triangolare dell'inguine che da lui ebbe nome, ed il suo processo fu, a preferenza dell'inglese, generalmente adottato. Infine fu egli il primo, dice il suo biografo, ad incoraggire i chirurghi a legare la carotide al di sotto dell'aneurisma di quest'arteria, promettendo loro buon successo, siccome in fatti per opera di Abernethy e Cooper fu in seguito verificato (1). Le sopradette cose erano dallo Scarpa ribadite e maggiormente illustrate in un'appendice all'opera dell'aneurisma (pubblicata insieme ad una Memoria sulle legature delle principali arterie in Pavia nel 1817), ed in altri opuscoli specialmente nelle lettere che scriveva al Prof. Vaccà Berlinghieri per difendere il predetto suo modo di allacciare temporaneamente le arterie (2).

(*Capo* 16.°)

DEL PROCESSO ATEROMATOSO — DELLE VARIE SPECIE D'ANEURISMA VARICE ANEURISMATICA — ANEURISMA DELLE COLLATERALI E PER ANASTOMOSI.

Lo Scarpa, consentendo che v'ha un aneurisma preceduto da rammollimento delle pareti delle arterie con distensione parziale o completa di tutto il tubo arterioso, ammetteva implicitamente l'*aneurisma vero*. siccome dal Betti, scolaro del Vaccà, fu avvertito in una lunga nota alla sua traduzione dell' Istoria delle principali operazioni chirurgiche dello Sprengel (3). Della quale specie di aneurismi, e degli altri che non sono effetto di azione traumatica, il pro-

---

(1) Bibliot. ital. 1833 LXX 207.

(2) An. un. di Med. 1819 XII 311, 323, 355.

(3) T. II p. 289.

cesso ateromatoso ne' diversi suoi stadj di mollificazione e di incretamento nell'interna e media tonaca delle arterie, è la cagione più frequente. Di questo processo morboso, secondo che comportavano le cognizioni anatomo-patologiche della fine del passato secolo, occupossi il Malacarne; il quale ebbe la singolare opinione, che i condensamenti litiaci facciano l'effetto d'una pressione irregolare su un tratto della periferia dell'arteria, e costringano il sangue ad aumentare il proprio impeto contro la parete opposta al sito del condensamento; onde che quella infine cede all'urto, e smagliate le tonache interne, ne segue l'aneurisma (1). L'Aglietti poscia riguardò l'*arteriasi* come cagione dell'aneurisma, in quanto che produce la rottura delle due più interne membrane dell'arteria (2). Lo Zannini, altro medico veneziano, instituendo più esatte indagini, mostrò che da tale stato patologico derivava l'aneurisma per *dilatazione*, non per rottura delle tonache arteriose: e il Dott. Andrea Fabris applicò questa dottrina anche agli aneurismi esterni. Per altro questi erroneamente credette che l'emorragia secondaria sempre dipendesse dalla litiasi delle arterie impedendo la chiusura di questa ne' dintorni della legatura (3). L'Asson poscia rifacendosi sopra questi studj, conchiudeva che all'arteria si può conseguire tanto la dilatazione che la rottura delle arterie; che questa può essere primitiva o consecutiva alla distensione, e limitata per solito alle due più interne membrane (4). Oltre queste anche l'esterna o cellulosa può rompersi, e in un punto più o meno distante da quello dove le membrane più interiori si lacerarono, siccome il Prof. Burci ebbe occasione di osservare (5). L'arteriasi è la cagione disponente; è quella che rende più cedevole una parte dell'arteria all'impulsione del sangue, la quale da sola nella maggior parte de' casi non giungerebbe a dilatare le pareti od a sfiancarle. Con ciò il Ranzi poteva accordare il meccanismo della formazione del tumore aneurismatico con la *dottrina vitale*, nel senso cioè che la lenta *an-*

---

(1) Delle Osservaz. chirurg. P. II p. 159.

(2) Sulla litiasi delle arterie. Venezia 1808 e di nuovo nel 1839.

(3) *Fabris*, Sul modo di operare gli aneurismi esterni, e sulla vera causa dell'emorragia secondaria all'allacciatura. Venezia 1828.

(4) Considerazioni sopra l'influenza dell'arteriasi cronica in alcune malattie chirurgiche (*Spongia*, Comment. di Medic. 1837 IV 610)

(5) Gaz. med. di Milano 1843 n. 5 e 6.

gioite del Tommasini con la sequela dei rammollimenti, delle degenerazioni steatomatose ed ateromatose, metta la condizione opportuna per lo svolgimento del tumore stesso, che poi si compie sotto l'impero delle leggi meccaniche (1).

L'*Angioite*, che per lo passato ammettevasi per ragioni teoriche, o senza sufficienti argomenti di anatomia patologica, oggi per più sottili indagini, rinasce; posciacchè nel processo ateromatoso vedesi un' *infiammazione cronica che termina con fusione caseosa, producendo una specie di polta* (ἀθήρα) *composta di minuti granelli, di sostanza grassa calcare* ecc. Giova per altro aver ben presente, che quantunque la parola sia sempre la stessa, il concetto d'infiammazione oggi è diverso da quello d'una volta, e che il processo ateromatoso è tuttavia oscuro in qualche parte. Nulladimeno la maggior parte dei patologi riguarda i preaccennati come i fenomeni essenziali del medesimo processo: in ogni modo poi la malattia od alterazione dell'arteria quanto è più grave, tanto meno sforzo di *causa occasionale* esige perchè l'aneurisma si formi; di guisa che giudichiamo questo *spontaneamente* essere nato solo perchè violenza esterna non pare abbia operato, o se operò non fu in proporzione dell'effetto. Ma sì gli aneurismi spontanei che i traumatici raccolgonsi in due grandi classi — *aneurismi arteriosi* ed *aneurismi venosi* — per caratteri anatomici, per sintomi, per indicazioni terapeutiche ben distinte.

Guattani nel febbrajo del 1745 con la doppia legatura guariva felicemente un aneurisma alla piegatura del cubito, l'arteria essendo stata ferita nell'operazione del salasso, e ne pubblicava la storia (2); poscia nel 1772, in calce all'opera maggiore *de externis aneurysmatibus manu chirurgica methodice pertractandis*, ripubblicava la predetta storia illustrando come specie nuova (senza che paja aver conosciuto le cose dette dall' Hunter sul medesimo argomento) l' *aneurisma spurio del braccio*, adducendone due casi da lui accuratamente studiati, ovverossia la *varice aneurismatica* e *l'aneurisma varicoso*, vizio nel quale alla dilatazione della vena vanno congiunti i caratteri dell'aneurisma. Altri chirurghi ed anatomici mostrarono come la varice aneurismatica non sia sempre effetto della ferita, che

---

(1) Lezioni, II 113.

(2) Historiae duae aneurysmatum. Romae 1745.

mentre si apre la vena nell'operazione del salasso, coglie anche la sottoposta arteria; altre cagioni potendo pure produrla, siccome altre parti esserne la sede. Il Prof. Venturoli narrava il caso di aneurisma varicoso susseguito a forte contusione nell'inguine (1), prima ancora che Porter e Perry avessero dati fuori i fatti di comunicazione tra l'arteria e la vena poplitea, tra l'arteria e le vene femorali (2). Dallo stesso Prof. Venturoli fu comunicata all'Accademia delle Scienze di Bologna un'osservazione di malattia quanto mai rara, e forse sin allora non per anco descritta; cioè la rottura della jugulare destra presso la sua inserzione nella cava discendente, formatasi lentamente e con tali caratteri da emulare l'aneurisma della carotide primitiva (3). Altro caso rarissimo, se non unico tuttora, comunicava poco dopo il Riberi, e cioè di varice aneurismatica dell'arteria ischiatica (4). L'Asson ha pure descritto una singolarissima forma di varice aneurismatica nella quale l'arteria subclavia comunicava non con la vena della stesso nome, ma con la jugulare (5). A questi esempj altri se ne aggiunsero; sicchè oggi sappiamo che l'aneurisma arterioso venoso può formarsi, oltre che alla piegatura del braccio, nelle arterie aorta, carotide primitiva, carotide interna, subclavia ascellare, temporale, iliaca primitiva, iliaca esterna, crurale, poplitea, tibiale posteriore ecc. La causa più comune di tale offesa sono le esterne violenze, e precipuamente le ferite. Il Prof. Porta in una memoria letta di recente all'Istituto Lombardo mostrava che in 28 casi di varice aneurismatica da lui osservati 23 erano alla piega del gomito, e prodotti da puntura di lancetta, 3 alla coscia e 2 al poplite (6). La varice aneurismatica poi, che è semplice quando l'arteria e la vena comunicano tra loro direttamente, dà luogo complicandosi a non poche varietà: fra queste il prof. Porta considera co-

---

(1) Rendic. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1835 27 Maggio.

(2) Cyclop. anat. and phys. 1835 T. I. Med. chir. Transact. 1837 XXII. — Un caso di varice aneurismatica nell'arteria e vena femorale in conseguenza di ferita d'archibugio veduto dal Dott. Medoro, fu riferito dall'Asson nel II Volume delle sue *Annotazioni anatomico-patologiche e pratiche.*

(3) Rendic. dell'Accad. sud. 29 Novembre 1832.

(4) Giorn. delle Scien. med. di Torino 1838 III 146.

(5) *Asson*, Le osservazioni chirurgiche edite ed inedite del Dott. Samuele Medoro. Venezia 1856 p. 180. — L'osservazione anatomica fu fatta nel 1847.

(6) Mem. dell'Istituto Lomb. 1867 X.

me principali le 4 seguenti. — Varice con aneurisma saccato circoscritto intermedio fra i due vasi feriti — Varice con aneurisma diffuso — Varice con aneurisma venoso anteriore alla vena (se per altro questa varietà illustrata dal Bérard veramente si dia) — Varice con dilatazione aneurismatica e varicosa diffusa delle arterie e vene dell'arto con o senza accompagnamento di aneurisma saccato. Una nuova varietà trovava il Prof. Marcacci di Siena in un caso di creduto aneurisma della carotide esterna, e che soltanto la necroscopia mostrò essere arterioso venoso *indiretto*, in quanto che tra la vena e l'arteria s'erano formati due sacchi (l'uno maggiore e superiore a cui faceva capo la carotide esterna, l'altro inferiore dove sboccavano la jugulare interna, ed esterna e la vena facciale), i quali non aveano tra loro che una comunicazione indiretta e tortuosa. In questo caso la diagnosi non potè farsi, perciocchè mancava affatto il sintoma patognomonico dell'aneurisma arterioso venoso, cioè il fremito vibratorio o trillo. La compressione diretta, l'indiretta digitale e la stessa allacciatura della carotide primitiva furono inutilmente adoperate: le injezioni di percloruro di ferro aveano indurito il sacco, diminuito il tumore ecc. quando 15 giorni dopo l'ultima injezione il paziente periva per risipola (1).

Gli aneurismi delle arterie collaterali, oltre il valore che hanno rispetto all'anatomia patologica, anche possono dare argomento pratico di speciali indicazioni: quest'è soggetto può dirsi tuttora nuovo, e che venne primamente illustrato dal Prof. Rizzoli. Ebb' egli opportunità di osservare un vasto aneurisma dell'arteria ricorrente radiale sinistra, ed un altro dell'articolare inferiore esterna del ginocchio di cui diede conto il Dott. Taruffi nel Bullettino delle Scienze mediche di Bologna (2). Il Dott. Peruzzi nel medesimo giornale descriveva un'aneurisma traumatico circoscritto dell'arteria articolare superiore interna profonda del ginocchio, che guariva con l'allacciatura dell'arteria femorale superficiale (3). Possono pure considerarsi come aneurismi delle collaterali quelli della volta palatina curati dal Vaccà con la compressione ed il cauterio attuale (4), gli altri della

(1) Sperimentale 1868 XXI 289.

(2) A. 1850 XVIII 135.

(3) A. 1856 VI 23.

(4) V. Capo 58.

mascellare e della temporale ne' quali il Lussana ed il Pavesi adoprarono le injezioni di acetato di sequiossido di ferro (1), il Marcacci il percloruro di ferro manganico (2) ecc.

In altra dissertazione il Prof. Porta studiava a parte l'aneurisma per *anastomosi,* che anche si chiama, ma inesattamente, *angiectasia;* giacchè non è una semplice dilatazione di vasi, bensì un tumore di reti e gomitoli di anastomosi capillari ampliate. Ei ne osservava 161 casi, e 86 volte lo trovava acquisito, fatto che sta contro la comune opinione che riguarda l'angioma generalmente congenita. La circostanza della sua apparizione nei primi giorni, o nel primo mese di vita, illude facilmente, dice il prof. Porta, e lo fa credere innato: soggiunge essere un errore manifesto, benchè da moltissimi ripetuto, di derivare cotale tumore da un neo materno. É un vizio tutto locale, che, meno pochissimi casi, appare spontaneamente e improvvisamente con un punto rosso della pelle, che accenna il primo sviluppo dei capillari; la *delicatezza e maggiore vascolarità* nei primi anni della vita danno poi ragione della frequenza dell'angiectasia nell' età infantile. Bensì egli conferma che la sede preferita dall'aneurisma per anastomosi dei vasi capillari è la cute e soprattutto quella della faccia, in questa avendolo trovato 89 volte su 151.

Se nella pelle l' angiectasia si mostra come un' affezione del sistema capillare, nel tessuto cellulare e connettivo sottocutaneo essa si presenta come un vero aneurisma per anastomosi, formato da reti ed intrecci di arterie cospicue, le quali per la loro grandezza battono in modo palese, e comunicano la loro pulsazione al tumore *(aneurisma cirsoideo).* Questa condizione è costante nell'aneurisma dell'ossa e del periostio, ma quivi la malattia figura come fenomeno secondario della *degenerazione fungosa* (3). Lo Scarpa che già negli ultimi anni del secolo scorso, e quasi contemporaneamente a Peason, descrisse il tumor sanguigno delle ossa in una delle sue ultime memorie avea fatto distinzione dell'aneurisma per anastomosi in due specie, l'una delle parti molli, l'altra per malattia dell' osso. In questa il tumore pulsante è uno de' principali sintomi, ma non

(1) V. Capo 30.

(2) Settantatrè nuovi sperimenti ecc. p. 71.

(3) Dell'Angectasia. Mem. dell'Istituto Lombardo. 1862 VIII.

più che un sintoma; in quella la straordinaria dilatazione delle innumerevoli minime estremità arteriose forma da sè stessa la malattia, *occasionata da insolita particolare predisposizione, mollezza e distensibilità del solido vivo, accresciuta talvolta da sfiancamento del medesimo per esterna cagione in qualche punto di tutto il corpo* (1). Tale predisposizione è pure ammessa da modernissimi scrittori, dal Billroth tra gli altri; il quale poi per ispiegare come le arterie si distendano, s'allunghino e formino quegl' intricati viluppi, ammette un processo infiammatorio, diffuso e subacuto, laddove che l'arterite cronica sarebbe la causa prima delle altre specie di aneurisma, secondo che più sopra avvertimmo.

(*Capo 17.°*)

DELL' ARTERITE E DELLA CANGRENA SPONTANEA.

Se la membrana interna delle arterie sia fornita di vasi proprj, se la medesima possa infiammarsi fu argomento molto agitato tra noi ne' passati anni: gli uomini più preclari d'allora presero parte alla disputa, la quale divenne più grave e famosa per le attinenze che avea con alcuni principj della scuola medica italiana. Il Rasori ed il Tommasini ne trattarono nelle loro opere; occuparonsene gli scienziati congregati in Firenze nel 1841, e la Società medico-chirurgica di Bologna stampava nel IV volume delle sue Memorie le dissertazioni da lei premiate dei Dott. Castiglioni e Rossi. Il Ranzi riassumeva egregiamente la quistione nella prima delle sue Lezioni sulle malattie delle arterie, e ricordava come Angelo Nespoli fin dal 1823 avesse mostrato possibile il coloramento in rosso della membrana interna dei vasi per semplice imbibizione, ed insieme mostrava come la patologia chirurgica abbia a fare con molte alterazioni arteriose che sono come i postumi dell' infiammazione di questi vasi. Oggi noi meglio sappiamo qual sia l'intima struttura delle membrane delle arterie;

---

(1) Mem. sull'aneurisma detto per anastomosi (An. un. di Med. 1830 LIV 501).

sappiamo che se le infiammazioni arteriose acute e spontanee sono oltremodo rare, le infiammazioni croniche sono molto più frequenti; sappiamo che se la membrana interna ialina e priva di vasi, formata di laminette elastiche e di sottile strato epiteliale non soggiace a primitiva infiammazione, più delle altre poi si sgretola nel processo ateromatoso. Con siffatte alterazioni delle arterie ha tale dipendenza la *cangrena spontanea*, che viene opportuno di qui farne breve parola.

Niun dubbio che in moltissimi casi la cagione della così detta ossificazione vascolare, per cui nasce la *cangrena spontanea*, non possa derivare altrove, che dalla parte nella quale vediamo succedere l'effetto. Gli esperimenti e le osservazioni cliniche provano che dall' interno del cuore o di qualche vaso può staccarsi una minuzia di fibrina od altro corpo, che fermandosi in qualche punto della rete vascolare, è causa di mortificazione: ma troppo sarebbe l'affermare che solamente dagli *emboli* la cangrena si formi. Se non s'infiamma la membrana interna de' vasi, ben si dá l'arterite parenchimatosa, la quale per sè o per i suoi effetti può produrre la coagulazione del sangue: coaguli *auctotoni* si formano eziandio per l'ateroma e la degenerazione calcare, siano questi effetti di arterite cronica, o malattie distinte. Aggiungansi le cagioni generali che affievoliscono il corso del sangue. Sempre una è la causa prossima della cangrena secca, diceva il Dott. Secondi nel Congresso di Lucca, parlando della condizione patologica di quella, cioè la mancanza di circolo nutritivo nella parte affetta; ma varie sono le cause che producono la sospensione del circolo nei vasi stessi (1). Nè diversa da questa è la conchiusione de' più recenti maestri. Il Secondi ammetteva anche la mortificazione per *malattie dei nervi presidi alla vita gangliare della parte*, ed, al pari del Tessandori (2), giudicava che in tal caso convenisse il cauterio attuale per eccitare la circolazione nelle vie collaterali. Cotal forma poi di cangrena forse rientra in quella che il Billroth chiama *cangrena per anemia*, e che il Raynaud ha di recente illustrato nel suo trattato de l'*asphyxie locale et de la cangrène symétrique des extrémités* (3). Il Prof. Porta pubblicava nel

(1) Atti del Congresso di Lucca. A. 1843.

(2) *Tessandori*, Intorno alla cangrena secca, e sull'uso del cauterio attuale nella medesima. Lucca 1842.

(3) Paris 1862.

1856 una memoria intorno la *cangrena per arteritide* (1). La dottrina dell'embolismo non era allora per anco entrata nel dominio della patologia; nella quale invece signoreggiava l'altra dell' infiammazione: nulladimeno il Prof. PORTA avvertiva che le arterie per la loro struttura hanno poca proclività ad infiammarsi; e che la *metastasi* è la causa più frequente (18 casi sopra 31) della cangrena spontanea. Avvertiva altresì che molte volte gli strati componenti le arterie presentano lo stato normale, e si crederebbero sane se a confermare la *presenza dell'arteritide non si trovasse il prodotto infiammatorio che ingombra il lume del vaso.* Quindi raccomandava che il metodo antiflogistico fosse adoperato con parsimonia, affinchè non venisse infranta l'energia del sistema circolatorio, dovendosi pur favorire la circolazione laterale. Questo metodo di cura, soggiunge, riesce spesso inefficace perchè l'arteritide *specialmente metastatica*, invade ad un tratto, forma il trasudamento e si estingue in questo prodotto, cagionando la cangrena se la circolazione collaterale non vi si opponga. Il clinico di Pavia con questo suo concetto della cangrena per *metastasi* si metteva per la via che il VIRCHOW ha tanto illustrato; ma ei non potè proseguirla, perchè non seppe svincolarsi dall'opinione, allora generale, che il grumo fosse sempre un prodotto flogistico. Al qual proposito rammenteremo che mentre era in maggior credito la dottrina del DUPUYTREN, l'arterite essere la causa esclusiva della cangrena spontanea, il Dott. PIETRO RAMAGLIA lungamente scriveva per dimostrare che il grumo è la causa bensì della cangrena suddetta, ma che una particolare e propria affezione del sangue, indipendentemente da precedente malattia de' solidi, è la vera cagione per cui il grumo stesso si forma (2).

Intorno le cangrene, ed in ispecie intorno la secca, sono stati fatti di recente particolari studj anatomo-patologici; ricordiamo fra gli altri perchè in maggior attinenza con la clinica chirurgica quelli assai diligenti del Prof. TOMMASO VERNICHI (3).

---

(1) Mem. dell' Istituto Lomb. V 345.

(2) Saggio d'osservazioni, e tentativo di ragionamenti relativi alla cangrena secca (An. clinici dell'ospedale degl' Incurabili di Napoli 1836 II 3, 241, 297).

(3) Osservazioni di clinica chirurgica. Napoli 1867 P. I.

(Capo 18.°)

DELLE FERITE DELLE ARTERIE E DEL CUORE.

Il Prof. Porta, seguendo le tradizioni della Scuola dello Scarpa, più d'ogni altro nostro chirurgo si è occupato della patologia del sistema vascolare. Parecchie sue dissertazioni su quest'argomento abbiamo già ricordate: di altri due lavori, maggiormente importanti, ci rimane a parlare; ma l'ordine dell'esposizione nostra mette innanzi quello delle *Ferite delle arterie* (1), quantunque posteriore all' altro delle *Alterazioni patologiche delle arterie per la legatura e la torsione* (2).

Il modo con cui naturalmente s'arresta l'emorragia e si chiude l'arteria ferita era già stato studiato da molti autori, e particolarmente da G. L. Petit, Jones e Béclard; anche sapevasi da lunga pezza che un'arteria punta o parzialmente tagliata può guarire conservando il proprio canale: ma come ciò succeda non era ancora stato dimostrato. Tanto appunto si propose il nostro autore di chiarire sperimentalmente. A tal fine dal 1846 al 1850 instituiva su le maggiori arterie dei cani 130 esperimenti, e ne conchiudeva che in tutte le ferite delle arterie, nelle quali è possibile il rimarginamento e la conservazione dell'interno vano, le tonache più intime, per la semplicità della loro struttura si riproducono quali sono naturalmente, senza lasciar vestigia dell'offesa patita; laddove che la tonaca media, incapace di riprodurre il proprio tessuto fibroso, semplicemente si coarta fino al coalito; ovvero si salda per la metamorfosi organica del trombo laterale, o si forma una pseudomenbrana legamentosa: le quali produzioni rappresentano il tessuto vero e indelebile della cicatrice. Affinchè questa succeda ed il canale dell'arteria non si occluda, fa d'uopo che il processo di saldamento si faccia per prima intenzione: l'autore non vuole negare che anche marcendo l'arteria ferita non possa in quel modo saldarsi, se per com-

---

(1) Mem. Istit. Lomb. 1852 III 369.

(2) Milano 1845 4.° pp. 439 con 13 tav

binazioni fortuite il trombo resti in sito fino a che le granulazioni dell'esterna guaina l'abbian ricoperto; ma questo è caso incerto o straordinario. Le vene poi nel cicatrizzarsi terrebbero la maniera che per le arterie è la meno comune: in queste il grumo laterale s'intromette quasi sempre come turacciolo ne' margini della ferita; nelle vene manca generalmente il grumo, ed invece con la pseudomembrana si forma il tessuto della cicatrice. I piccoli grumi agglutinati alla faccia interna della cicatrice, che talvolta si osservano nel cadavere, si disfanno con l'assorbimento (1).

I ferimenti del cuore furono soggetto di accurate investigazioni per il Prof. Ferdinando Zannetti: il quale in un libro pieno di dottrina e di erudizione, suffragato da esperimenti e da molta copia di fatti tratti dalla propria pratica e da autori antichi e moderni, si proponeva per iscopo di fissare una massima intorno a cotali offese, che possa nel foro assumere un valore uniforme, e dar luogo ad un giudizio non incerto, ma consentito dalla pluralità almeno dei patologi. Pubblicati la prima volta nel 1854 gli *Studi sopra le ferite del cuore più specialmente pella utilità dalla pratica medico forense*, furono ristampati in Firenze nel 1866, e il numero dei casi raccolti è non meno di 159; onde che il Dott. Fischer di Hannover, che testè pubblicava una dotta dissertazione su quest'argomento, ricordava con lode il lavoro del chirurgo fiorentino e molto se ne giovava per l'opera sua (2). Tenne lo Zannetti che, tolte le superficiali semplici, le altre ferite possono dichiararsi *assolutamente mortali;* e quindi parevangli ben poco credibili le guarigioni narrate da parecchi autori, di ferite penetranti in qualcuna delle cavità del cuore. Ma se il caso narrato dal Penada, cioè di una palla trovata nel cavo del destro ventricolo, rimarginata essendosi intieramente la ferita delle parti muscolari del cuore, di un tale che parecchi anni prima avea

(1) Il Prof. Porta leggeva testè all'Istituto Lombardo una dissertazione sullo strappamento delle grandi arterie, nella quale, anche sperimentalmente, sono studiate le cagioni di sì singolare accidente, e soprattutto i modi con cui l'arteria strappata si chiude ed impedisce l'emorragia, conchiudendo che il sangue è trattenuto in grazia di alterazioni primitive, fisiche, locali (senza che succeda torsione dell'estremità del vaso diviso, nè pressione dei tessuti periferici adiecenti e neppure trombo esterno) coadiuvate da alterazioni generali dinamiche primitive, e da alterazioni vitali successive. (Rendic. del R. Istit. Lombardo 1869 II 1123, 1163).

(2) Die Wunden des Herzens und des Herzbeutels In: *Langenbeck*, Archiv für die klin. Chirurg. 1868 IX 571.

ricevuto un colpo di fucile nel petto, e che allora moriva di tutt'altra malattia (1); se tal caso, dico, poteva lasciare dubbiezze, l'altro esposto dal Prof. Brugnoli in tutti i suoi particolari le rimuove affatto. Caso veramente singolare e importantissimo; imperocchè un uomo, a cui un colpo di chiavarda, o grosso chiodo ben affilato, trapassava quasi a parte a parte il cuore, curato dal Dott. Ulisse Breventani poteva sopravvivere e riprendere dopo 78 giorni il mestiere di calzolajo, e continuarlo per quasi 20 anni non altri incomodi essendogli rimasti che quelli dell' ipertrofia di cuore. Venuto a morte, la necroscopia dimostrava che veramente il ferro trapassando il secondo spazio intercostale sinistro dall'alto al basso, perforò il pericardio, la parete anteriore del ventricolo destro ed il setto intermedio, penetrando nel ventricolo sinistro fino a ledere la valvola mitrale e l'endocardio della parete posteriore del medesimo ventricolo. I lembi del pericardio pare fossero tratti dallo strumento feritore nel tramite della ferita, ed ivi rimasti abbiano cooperato ad impedire l' emorragia, la quale non si schiva con la semplice contrazione delle fibre muscolari (2). Importanti eziandio, sebbene per altro rispetto, sono le due storie di ferite di cuore narrate dal Dott. Mario Crescimbeni, perciocchè contraddicono alla sentenza generalmente abbracciata, e dal Dupuytren in particolar modo sostenuta, la morte nel caso di ferita penetrante nel cuore, essere maggiormente rapida se il sinistro ventricolo, anzi che il destro, rimanga offeso, questo più dell' altro facendo momento nei negozj della vita. In fatti in uno de' predetti casi la ferita del ventricolo destro, lunga due linee, fu quasi sull' istante mortale; nell'altro la ferita del ventricolo sinistro, sebbene lunga mezzo pollice, non cagionò la morte che dopo quattro ore (3).

---

(1) *Penada*, Osservaz. med anat. sopra un' ulcere corrodente e profondo riscontrato nel cuore d'un cadavere anatomizzato l'anno 1783 (Saggi dell'Accad. di Padova III P. II 59).

(2) Sopra un ferimento di cuore con lesione d'ambo i ventricoli andato a guarigione (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna A. 1862 I 451). — Meritano pure di essere ricordati i casi esposti dai Dott. Frisi e Marini di ferita del ventricolo sinistro continuando la vita, per 10 giorni nel primo, e per 65 con apparente guarigione nel secondo, (Filiatre Sebezio 1834 VII 271. — Raccoglit. med. di Fano 1844 XIII). — Niun disturbo nelle funzioni del cuore, e nella circolazione mostrò quel giovane demente che per 22 mesi tenne un ago infisso nel ventricolo sinistro e sporgente nell'orecchietta sovrapposta dopo aver traforato la lacinia posteriore della valvola mitrale (Veggasene la storia scritta dal Dott. Serafino Biffi ne' Rendiconti del R. Istituto Lombardo 1869 II 1018).

(3) Bullet. Scien. med. 1859 XI 439.

(*Capo* 19.°)

TERAPEUTICA DEGLI ANEURISMI.

GUARIGIONE MEDIANTE COAGOLI ATTIVI E PASSIVI.

Ma come le ferite delle arterie, e perfino quelle del cuore possono senz'opera di arte guarire; che n'è degli aneurismi, per quale processo ne succede l'obliterazione? Il Dott. Broca, com' è noto, riprendendo la dottrina del chirurgo irlandese Bellingham, distinse i coagoli, che si formano dentro il sacco aneurismatico, in *passivi* ed *attivi*: questi fibrinosi, antichi, lamelliformi si fanno sotto l'influsso delle *leggi vitali;* quelli molli, recenti, polposi, composti di puro sangue si formano indipendentemente da quelle leggi. Quindi l'autore francese riguardava i coagoli attivi come uno *sforzo della natura per promuovere la guarigione spontanea dell'aneurisma;* i coagoli passivi invece come inerti *corpi ed estranei nel cavo aneurismatico, ostacoli alla guarigione, cause talvolta di gravi accidenti sia che il sacco s'infiammi, marcisca o si rompa.* Poste le quali cose l'arte dovea con ogni cura procacciare di ottenere la formazione de' coagoli fibrinosi, stratificati, lamelliformi, ossia *attivi,* imitando gli espedienti di natura, e cioè non interrompendo la circolazione nel vaso aneurismatico repentinamente (perchè con ciò è dato modo ai coagoli passivi di formarsi), bensì diminuendo il corso del sangue, moderandone l'impeto, ed a poco a poco l'accesso. Ma a confutare quest'assoluta dottrina (contro cui d'altronde stanno le guarigioni di aneurismi ottenute in brevissimo tempo con la compressione indiretta) sorsero parecchi, principalmente il Richet in Francia, ed il Marcacci Giosuè in Italia; il quale con esperimenti e con fatti pratici mostrava che la guarigione della massima parte degli aneurismi fu ottenuta ed ottiensi per via dei coagoli detti passivi, gli attivi essendo in ciò *utili* sì, non già necessarj nè conducendo a guarimento che per modo di eccezione (1).

---

(1) Settantatrè nuovi esperimenti fatti con alcuni coagulanti.... Considerazioni intorno alla più comune maniera di guarigione degli aneurismi, corredate di 140 osservazioni pratiche. Siena 1867.

Gli aneurismi arteriosi venosi non guariscono spontaneamente a meno che non si trasformino in aneurisma arterioso consecutivo, in conseguenza del chiudersi dell' apertura della vena; onde che allora divien possibile l'aggrumamento del sangue nel sacco aneurismatico, la circolazione venosa non confondendosi più con quella dell'arteria. Il Prof. Vanzetti ingegnosamente imitava questo processo di naturale guarigione (v. appresso Cap. 29).

Qualunque poi sia per essere il modo con cui l' aneurisma spontaneamente si chiude, certo è doversi tal fatto annoverare fra le cose rarissime. Ai pochi casi che alla scienza sono noti (1), si può aggiungere l'altro ricordato dal Ciniselli, tanto più importante che nel medesimo soggetto la necroscopia mostrava che, oltre quello del poplite, sul quale era stata felicemente applicata l'elettropuntura, eranvi altri 4 aneurismi in cui il processo di riparazione era compiuto, o stava per compiersi (2). Nella malata di aneurisma al poplite di cui narra il Bresciani, la guarigione avvenne conseguentemente all' infiammazione del sacco e delle parti vicine, che produsse un vero ascesso (3). Nè altrimenti che guarigione spontanea può considerarsi quella del vasto aneurisma della quarta arteria intercostale per frattura scheggiata della costa corrispondente narrata dal Dott. Bianchetti: nel malato infatti allora appunto che stava per soffocare, il sangue essendo penetrato nella cavità della pleura, incominciò l'insperato miglioramento; ciò che dall'autore è attribuito alla formazione di grumi favorita dalla quasi inazione del polmone sinistro su cui il sangue s'era travasato (4). Se non che anche può darsi che quel medesimo processo, il quale per solito è benefizio, divenga talora cagione di rovina: del che il Prof. Antonio Marcacci ha raccolto alcuni esempj, fra gli altri quello di un aneurisma dell'arco dell'aorta che non uccise nei consueti modi, o per rottura di sacco ed emorragia, o per lenti graduati disordini di ragione meccanica; ma sì per so-

---

(1) Uno ne ricorda il Palletta, il quale era alla crurale, cominciò a diminuire notabilmente dopo gagliarda commozione dell'animo, terminando per guarire del tutto con lungo e perseverante riposo (Osservaz. patol. dell'Aneurisma. In: Giorn. per servire alla Storia della Medic Venezia 1796 XI oss. IV).

(2) Sulla elettropuntura nella cura degli aneurismi. Cremona 1856.

(3) Saggio di Chirurgia. Verona 1843 p. 108.

(4) Bullet. Scien. med. 1846 X 221.

verchio riempirsi del sacco, per l' inoltrarsi dei coagoli sanguigni dentro all'arteria, per sospensione del circolo.

E però sia per la rarità delle guarigioni naturali, sia per gl' insoliti accidenti che sviano il corso regolare delle medesime; all'arte, più che in altra cura, in questa dell'aneurisma tocca far mostra della propria potenza, modellando i procedimenti su quelli che natura dispiega nelle opere sue sanatrici. De' quali procedimenti noi qui diremo (riunendo naturalmente i diversi modi che servono a fermare l'emorragia, poichè questi sono in gran parte gli stessi che quelli), non tanto con l'ordine che serbano gli scrittori in tali materie, quanto con l'altro che meglio si accomoda alla nostra storica esposizione.

(*Capo* 20.°)

DEL METODO DI ANEL E DE' SUOI FAUTORI IN ITALIA.

Quantunque Domenico Anel sia francese di patria, nulladimeno noi potremmo riguardarlo come nostro, giacchè lunga dimora fec' egli in Italia, fu chirurgo nella corte del Re di Piemonte, e più di tutto perchè studiò fra noi ed ottenne la laurea chirurgica dall'Ateneo di Mantova. Ma volendo l'Anelio *italiano per adozione*, a noi crescerebbe in certo qual modo il biasimo di non essere stati solleciti in accogliere ed apprezzare la nuova maniera ch'egli adoprava nella cura dell'aneurisma. Anel *était français*, dice il Dott. Broca, *et il avait eu le tort d'aller exercer la chirurgie á Rome* (1): ma forse che altrove avrebbe avuto miglior fortuna? In francese era scritto il libro in cui l'Anel, difendendo il suo nuovo metodo di curare le fistole lacrimali, dava conto per incidenza dell'operazione da lui fatta in Roma, la quale mostrava la possibilità di guarire l' aneurisma senz'aprirne il sacco, facendo la legatura al di sopra di questo (2):

(1) Des Anévrysmes. Paris. 1856 p. 445.

(2) Suite de la nouvelle méthode de guérir les fistules lacrymales, ou discours apologétique en faveur de cette méthode, par D. Anel. Turin 1714.

nulladimeno niuno scrittore francese sorse a difendere la proposta del connazionale, od a metterla in pratica. Bensì il LANCISI in una lettera al FANTONI confermava i buoni risultati del novello procedimento; il quale, come il BERTRANDI ci fa sapere, veniva sperimentato anche nel Piemonte, ma poco felicemente (1). Se il metodo d'ANEL non veniva che tardi e con diffidenza accolto, la ragione è che le menti non erano preparate per valutarne i pregj, per saperne debitamente estendere l'uso. Allora generalmente credevasi, che legato il tronco principale delle arterie ne dovesse necessariamente seguire la cangrena dell'arto; e quando il metodo antico venne applicato agli aneurismi delle grandi arterie della coscia e del poplite, sì tristi ne furono i risultamenti, che spaventati i chirurghi preferirono piuttosto di nulla fare; ovvero, stretti dal bisogno di operare, di ricorrere al truce espediente dell'amputazione, anzi che di aprire il sacco. Questo generalmente insegnavasi, ed in ispecie nella scuola del NANNONI; a Firenze il KEYSLERO, il LOKMANN (chirurghi lorenesi nelle milizie del Granduca di Toscana) avendo appunto introdotto la cura cruenta degli aneurismi del poplite, i cui molti infortunj tolsero poscia la riputazione di benefica, che dapprima s'era procacciata.

I primi trionfi del rinnovato metodo di ANTILLO offuscarono il nascente di ANEL; le successive sconfitte levarono al primo il credito, all'altro la probabilità di dare buoni effetti, e quindi la curiosità di cimentarlo. Senza cotesti accidenti è da presumere che il metodo di ANEL avrebbe potuto metter piede anche in Firenze, perciocchè il BENEVOLI, maestro in S. Maria Nuova, in un caso di aneurisma della femorale proponeva all' infermo una di queste due cure: *allacciare l' arteria nella parte sana, e sopra il luogo dello sfiancamento;* ovvero rendere il corpo infermo, per mezzo delle replicate emissioni del sangue, e della strettissima dieta, all' ultima debolezza siccome esso, BENEVOLI, vide praticare in Bologna dal VALSALVA. Ma la proposta non ebbe seguito (2).

---

(1) Il chirurgo, che il Bertrandi non nomina, il quale si servì del metodo dell'*allacciatura dell'arteria brachiale al di sopra de' condili lungi dall'aneurisma*, fu Andrea Verna, maestro dello stesso Bertrandi, siccome avvisano gli editori e commentatori delle opere di questo. Ma nei due casi che il Verna operò, e che Bertrandi vide, l'aneurisma fu recidivo, ed in uno avvenne inaspettata emorragia (*Bertrandi*, Operaz. chir. Torino 1802 III 200).

(2) Dissertaz. Firenze 1747 Osserv. VI p. 121.

Il solo GUATTANI tentava altra via; raccomandando la compressione, ei si metteva di mezzo tra la paurosa inerzia degli uni e i disperati imprendimenti degli altri.

Ma quando, superate le diffidenze, si volle far entrare il metodo aneliano nella pratica comune, i cattivi effetti che dal medesimo se ne trassero, o per inesperienza di chi lo adoprava, o per altro accidente, di bel nuovo gli furono contro. Dopo ciò che il BERTRANDI n'avea detto nel 1763, il PENCHIENATI ammoniva che per tale metodo della legatura superiore *un très grand nombre de malades* avean già (era l'anno 1785) perduta la vita, o per lo meno erano rimasti mutilati; soggiungendo tosto, quasi a modo di consolazione, *heureusement qu' elle est aujourd'hui presqu'universellement abandonnée* (1). Eppure nello stesso anno DESAULT e GIOVANNI HUNTER trasportarono l'operazione, che ANEL faceva sul tronco della brachiale, all'arteria femorale. Ma il nostro SPEZZANI, che nello spedale di Modena allacciò fin dal 1781, la femorale, al terzo inferiore in un caso di aneurisma popliteo con incipiente sfacelo, forse che non precorse nell'applicazione del metodo aneliano il chirurgo francese e l'inglese? Sì lo SPEZZANI operò prima di costoro in quel modo, e fu felice nel suo imprendimento, perchè le ulceri gangrenose si chiusero, la gamba riprese vita e l'aneurisma guariva. Se non che lo SPEZZANI, facendo quella legatura, si proponeva ben altro scopo che quello a cui mira il metodo di ANEL: ei proponevasi di affrettare la gangrena della gamba per quindi disarticolare il ginocchio, subito che quella si fosse limitata. Laonde cotesto fu un fortunato evento, impreveduto, affatto lontano dalle viste di colui che lo preparava. Aggiungasi che l'ASSALINI, il quale aveala co' proprj occhi veduta, non fe' conoscere l'operazione del suo concittadino che nel 1812 stampando in Milano il Manuale di Chirurgia (2): egli poi così della medesima giudicava. «SPEZZANI in caso d'aneurisma popliteo legò l'arteria femorale quattro anni prima di HUNTER, ma fu a caso, ne seppe tirar partito del successo inaspettato della sua operazione (3)». Il Dott. BROCA inclina a credere che HUNTER siasi deciso di curare l'aneurisma

---

(1) Sur les Anévrysmes des artères du bras (Mém. de l'Acad. des Sciences. années MDLXXXIV-LXXXV. Turin 1786 p. 187).

(2) P. I p. 86.

(3) Ivi p. 130.

popliteo nel nuovo modo per aver saputo il buon risultato dell'operazione di Desault fatta 6 mesi prima; e particolarmente per averlo saputo dall'Assalini, il quale avea assistito a quell'operazione, ed allora frequentava assiduamente lo spedale di S. Giorgio (1). Ma se l'Assalini, probabilmente comunicava all'Hunter l'impresa del chirurgo francese, è pur da credere che al medesimo, e forse anche al Desault, raccontasse quanto il suo compaesano quattr'anni prima compieva. E per vero il caso dello Spezzani era opportunissimo per incoraggiare l'Hunter a tentare un'operazione che poco prima non credeva possibile (2); e quando quello a ciò solo avesse contribuito avrebbe già reso alla scienza bastevole servigio per essere ricordato. Ma l'osservazione del chirurgo di Modena per altre ragioni ancora, siccome notava il Prof. Rizzoli (3), merita di essere considerata. Sembra poi che l'Assalini davvero si compiacesse di raccontare quella singolare impresa, e che prima d'andare a Parigi egli l'avesse comunicata al Penchienati essendo a Torino nel 1781. Ed affè, e cosa mai se non al fatto dello Spezzani possono riferirsi le parole che quegli mise di seguito alle altre precitate intorno i danni della sola legatura superiore? «Ce qu'il y a de plus étonnant (ecco le parole del Penchienati) est que cette pernicieuse méthode ait été suivie par des praticiens modernes non seulement à l'égard des artères du bras, mais encore à l'égard de celles de la cuisse». Non credo si voglia alludere all'operazione di Desault, che forse il Penchienati avrebbe potuto sapere, mentre stampavasi la sua dissertazione, perchè non avrebbe poi finito per dire che per buona fortuna lo sciagurato metodo era presso che da tutti abbandonato. Su queste curiose informazioni del Professore torinese, di cui sinora veruno fece menzione, noi dovremo tornare un po' più innanzi (4). Intanto ben

---

(1) Op. c. p. 455.

(2) « Invece di legare l'arteria poplitea al di sopra del sacco come avea fatto il Desault cinque mesi prima nell'Hôtel Dieu, pensò (Giovanni Hunter) di legare l'arteria femorale superficiale nella parte interna ed inferiore della coscia, *come io avevo veduto praticare quattro anni prima dal Prof. Spezzani medico-chirurgo del fu Duca di Modena Ercole d'Este* (*Assalini*, l. c.) ».

(3) Bullet. delle Scien. med. 1867 III 420.

(4) L'Assalini, dopo le parole sopra citate null'altro aggiunge che la breve esposizione dell'operazione dello Spezzani. Invece il Prof. Marcantonio Dalle Ore in alcune *Riflessioni*

possiamo dire ingiusta la sentenza del Broca « que le plus grand service qu'on pût rendre à Spezzani serait de ne plus parler de son observation (1) ».

Noi abbiamo più sopra veduto quanto lo Scarpa si adoprasse per divulgare la rinascente operazione aneliana, e quali perfezionamenti arrecasse al processo dell' Hunter. L' Italia prima d'ogn'altra nazione emulò il fervore de' chirurghi inglesi; e mentre in Francia nei primi 15 anni del secolo al nuovo metodo veniva preposto l'antico, da noi quello veniva raccomandato dai maggiori maestri, dal Palletta, dal Monteggia, dal Rossi. E però contavamo le osservazioni di Flajani (2), di Vaccà (3), di Uccelli (4), di Atti (5), di Menici (6), di Ruggieri (7) ecc.; avevamo l'opera preziosa dello Scarpa, la quale benchè tradotta in francese, non valeva a smuovere le esitazioni de' chirurghi d'oltralpe. Il Broca per iscusare i suoi connazionali incolpa il *blocco continentale*, che alle frontiere fermava i frutti della scienza siccome quelli della terra e dell' industria: ma forse che per noi i porti erano dischiusi? od i libri nostri giungevano in Francia dall' Inghilterra? Se le predette operazioni non furono tutte felici, ben mostravano quanto valgano gli straordinarj compensi della circolazione collaterale, ed incuoravano a più arditi imprendimenti. L'Atti prescelse di allacciare la poplitea in un caso di aneurisma circoscritto della tibiale posteriore, temendo che, legata la femorale, il sangue pei rami anastomotici potesse di nuovo penetrare nel sacco aneurismatico. Af-

---

sull'operazione dell'aneurisma lamentava, ma non ben a proposito, che i ritrovamenti nazionali non fossero da noi stimati, se non dopo avere rivalicato le Alpi con veste peregrina e raccomandati da lodi forestiere (Nuovi Saggi dell'Accademia di Padova 1817 I 116).

(1) Op. c. p. 456.

(2) Sopra l'allacciatura dell'arteria crurale in occasione d'un avanzato aneurisma vero del poplite (Collez. di Osservaz. chir. Roma 1803 IV oss. 40 p. 218).

(3) Storia dell'aneurisma del poplite operato secondo il metodo di Hunter. Pisa 1803 (Giorn. de' Letterati di Pisa VIII 167).

(4) Lettera sopra un aneurisma popliteo. Pisa. 1805.

(5) Mem. dell' Istituto Nazionale. Bologna 1806 I P. II 263.

(6) Allacciatura della femorale per aneurisma traumatico dell'arteria crurale, eseguita felicemente nel 1813 (*Betti*, Note alle operaz. chirurg. dello Sprengel II 307). La storia è pubblicata per intero nelle *Osservazioni sulle aneurisme* dello stesso Menici stampate a Pisa nel 1824 (p. 6-12). L'allacciatura fu permanente, sollecita la guarigione.

(7) *Brera*, Giorn. di Medic. prat. VII 557. — Il Ruggieri operò l'aneurisma del poplite col metodo di Hunter fin dal 1804 (Dizion. di Chirurg. pubblicato dal Ruggieri stesso T. II p. 246).

fine di più facilmente afferrare l'arteria dentro la sua nicchia egli immaginava un ago curvo, ottuso e crunato nella punta, tagliente sui lati, fisso nel manico, ma che, svitandosi nel mezzo in due pezzi, permetteva di comodamente ritirare il filo per la parte in cui l'ago stesso era entrato. L'operazione ebbe esito fortunato. In altro caso di aneurisma alla piegatura della coscia, l'Atti allacciava prima la femorale comune nel punto in cui esce dall'arco crurale ma nel 14° giorno (il tumore essendo già scomparso e la circolazione ristabilita) sopraggiunse tremenda emorragia, sicchè fu d'uopo riallacciare più sopra il vaso, comprendendo nella legatura porzione del legamento stesso e quindi ancora l'estremità dell'iliaca esterna: la perdita di sangue fu fermata, per altro l'infermo non sopravvisse che un giorno. Sul cadavere trovossi un'apertura laterale del tronco arterioso nel luogo, ove prende origine l'epigastrica, ciò che sempre più mostra che la seconda legatura cadde sull'iliaca esterna. Il chirurgo Bolognese compieva quest'operazione nel 1804, ma senza sapere (ciò che non deve far meraviglia in que' tempi di guerra e di malagevoli comunicazioni), che l'Abernethy altre due volte l'avesse, ma sempre infelicemente, tentata.

(*Capo* 21.°)

LEGATURA TEMPORANEA E PERMANENTE

CONTROVERSIE FRA SCARPA E VACCÀ – MODIFICAZIONI ALLA LEGATURA.

Sebbene la legatura non sia parte essenziale del metodo di Anel, potendo interrompersi il corso del sangue con altri mezzi che con il laccio, con la compressione immediata ad esempio; nulladimeno quella essendo il mezzo più comunemente a tal fine adoperato, è accaduto che l'operazione aneliana abbia ricevuto eziandio il nome di *metodo della legatura*, e che perfezionando quella, questa si sia migliorata.

La legatura dei vasi, come è noto, era praticata dagli antichi chirurghi: Celso prescrivendola non suggeriva cosa nuova; e il di

lui precetto seguirono i chirurgi posteriori. Che se nel medio evo, prevalendo la pratica degli Arabi, l'ustione prese generalmente il posto dell'allacciatura, non può dirsi che questa fosse affatto dimenticata nelle nostre scuole: ai non pochi esempj raccolti dal Dott. Giuseppe Longo da Casarano in un'erudita dissertazione (1), può aggiungersi questo importantissimo del Benivieni, il quale in un monaco che s'era tagliato il pene rasente il pube, per frenare l'emorragia *prese ad uno ad uno i vasi che davan sangue, e legolli in maniera che, chiusa l'apertura, si riunirono* (2). Nulladimeno oggi v'ha chi afferma la legatura dei vàsi *est due au génie d'Ambroise Paré, dont l'autorité l'a fait adopter* (3): e mentre Pareo consigliava di stringere il vaso con buona porzione di carne (4), il nostro Faloppio, morto trent'anni prima del chirurgo francese, ammonisce di non comprendere insieme col laccio altra parte che non sia l'arteria, che perciò dalle contigue va accuratamente separata (5). Eguale precetto è dato da Alfonso Ferri, il quale eziandio immaginava un particolare ago curvo nell'apice per condurre un doppio filo intorno il vaso, stringerne su di esso, coperto da morbido guancialetto, i capi, siccome appunto tornò a farsi nel secolo scorso e nel principio di questo (6). E prima del chirurgo napoletano e dell'anatomico di Padova (senza voler ricordare gli scrittori greci e latini, che insegnano e raccomandano la legatura dei vasi) il nostro Giovanni de Vigo nella sua Pratica chirurgica avea scritto: *modus ligationis earum* (arteria e vena) *aliquando efficitur intromittendo acum sub vena desuper filum stringendo cum facilitate, aut ligetur vena ipsam excoriando deinde in superiori capite cum filo optime stringatur* (7). Anche dai principali chirurghi del secolo seguente, siccome Andrea della Croce

---

(1) Ricerche storiche sulla legatura delle vene e delle arterie da Celso a Dionis. Torino 1864.

(2) De abditis nonnullis et mirandis morborum et sanationum causis. n. LXVIII.

(3) Rapport sur les Progrès de la Chirurgie. Paris 1867 p. 538.

(4) Oeuvres complétes d'Ambroise Paré. Paris 1840 II 8.

(5) Tractatus de vulneribus Cap. XXVI. In: Op. omnia Venet. 1606 II 377.

(6) De sclopetorum sive archibusorum vulneribus. Libris tres. Lugduni 1553 Cap. V p. 226.

(7) Practica Joannis a Vico. Lugduni 1582 p. 248 (De vulneribus Liber III Cap. II De fluxu sanguinis et ejus cura). — La pratica del De Vigo fu stampata la prima volta a Roma nel 1514.

e Marc'Aurelio Severino, l'allacciatura delle arterie venne in più casi arditamente usata; quindi, senza che bene ne appajano le ragioni, venne presso che dimenticata, onde che tra i meriti del Valsalva giustamente il Morgagni poneva quello di aver bandito il fuoco per fermare il sangue nelle amputazioni, rimettendo in pratica la legatura dei vasi (1).

Col sorgere di questo secolo la legatura dei vasi fu dallo Scarpa e dallo Jones sommessa a diligente studio, volendo della vecchia pratica assegnare le ragioni scientifiche. Lo Scarpa partendo dal principio che per obliterare un'arteria bisogna farne combaciare le pareti senza lacerarle ed eccitare l'infiammazione adesiva, proponeva le larghe legature, cioè il nastrino con l'interposto cilindretto (2). Jones per l'opposto, voleva che la legatura si facesse con fili o sottili cordoncini per rompere più facilmente le membrane interne dell'arteria; la quale non si chiude perchè s'infiammi l'interna sua superficie, bensì in grazia del gemitio di materie concrescibili od organizzabili che sussegue alla rottura di quelle membrane, rottura che già il Desault aveva avvertito. Ambedue gli autori, come si scorge, mettevano per condizione indispensabile, che le tonache dell'arteria o nell'un modo o nell'altro si saldassero insieme, sicchè il sangue non potesse nè più oltre andare, nè fuori uscire. La *legatura mediata* con lacci sì voluminosi traeva lo Scarpa a patrocinare la legatura *temporanea*. Quindi fra il terzo e il quarto giorno, il nastrino dovea esser inciso sul cilindretto premente l'arteria; e per ciò ottenere più facilmente lo stesso Scarpa proponeva un particolare coltellino guidato sovra una tenta scanalata (3). Intorno questo soggetto del legare a tempo o stabilmente fu viva disputa tra il Professore di Pavia ed il Vaccà di Pisa. Reputava lo Scarpa che facendo com'ei suggeriva si evitasse l'ulcerazione dell'arteria, e quindi si sfuggisse il pericolo

---

(1) De vita et scriptis Antonii Mariae Valsalvae Commentariolum.

(2) Domenico Masotti di Faenza per impedire la soverchia compressione del laccio, interponeva fra questo e l'arteria due piumacciuoletti (Dissertaz. sull'aneurisma del poplite. Rimini 1772): il Dott. Covercelli di Genova proponeva invece di adoperare due pezzetti di finissima spugna con l'intendimento di avere più delicata ed equabile compressione (Riflessioni sull'operazione dell'aneurisma popliteo secondo il metodo del Signor Gio. Hunter. In: Memorie della Società medica d'Emulazione di Genova T. IV Quadrim. I A. 1809 p. 13).

(3) Ann. un. di Med. 1823 XXV 442. XXVI 158.

dell'emorragia secondaria; obbjettava il Professore Pisano che lo sciogliere il laccio di buon'ora non impedisce le emorragie consecutive, poichè l'arteria non si recide sotto la meccanica azione del laccio, ma per un processo esulcerativo; e quindi che il cilindretto è un mezzo più dannoso che utile. Egli insisteva poi particolarmente nel far notare che l'obliterazione d'un'arteria sotto l'azione del laccio non si fa con leggi invariabili, benchè sempre per grumi e per aderenze; che non ogni volta si affettua in un determinato numero di ore; che l'emorragia secondaria non è la conseguenza del processo esulcerativo se non quando le tuniche dell'arteria od i *solidi*, e in qualche circostanza anche i *fluidi*, sono in istato patologico (1). Dall'una parte e dall'altra furono addotti molti esperimenti ed osservazioni cliniche in conforto della propria opinione. Su di che il Vaccà faceva questa prudente riflessione: « I nostri esperimenti sono fatti sopra animali e animali perfettamente sani, siamo noi sempre sicuri di vedere accadere l'istesso sull'uomo e sull'uomo ammalato? ». Lo Scarpa poi molto concedeva al collega Toscano, ammettendo in una delle lettere al medesimo dirette, che l'arteria legata si chiuda al compiersi del terzo giorno, solamente quando *l'allacciatura fosse accuratamente praticata sopra un'arteria sana, suscettiva di pronta infiammazione adesiva;* che nell'uomo debole, malaticcio, estenuato dall'età fosse buona precauzione di protrarre lo scioglimento del laccio sino al sesto giorno, ad oggetto che il già formato coalito, se pure si è fatto, si rinfranchi. Quindi soggiungeva non aver noi, a dir vero, un criterio per conoscere a priori, se il punto sopra il quale intendiamo di portare il laccio, sia o no in istato patologico od innormale.

L'autorità dello Scarpa, che era grandissima, tenne per non breve tempo ossequenti i chirurghi alla legatura temporanea; e particolarmente quelli di Lombardia, che quasi tutti nell'Università ticinese si educavano: del che n'abbiamo prova nelle molte storie pubblicate negli Annali universali di Medicina d'aneurismi, per la maggior par-

---

(1) Mem. sopra l'allacciatura dell'arterie Pisa. 1819. — Lettere al Prof. Ant. Scarpa sulla legatura delle grosse arterie degli arti (An. un. Med. 1820 XV). — Istoria d'un' allacciatura dell' iliaca esterna, e riflessioni su le allaciature temporarie delle grandi arterie. Pisa 1823.

te traumatici, allacciati con quel metodo (1). Ma il caso narrato dal Prof. Uccelli di un aneurisma al poplite, nel quale l'arteria, benchè slegata al quarto giorno, avea subito il processo esulcerativo in due punti (2); l'altro del Folcieri nel quale l'arteria omerale, malgrado il cilindretto, rimase recisa prima del 4 giorno senza che perciò ne seguisse emorragia (3), diedero maggior peso alle obbiezioni del Vaccà; le quali pur vennero raffermate dal Dott. Giovanni Rossi di Sarzana (4), dal Dott. Torri di Pisa (5), dal Medoro di Padova (6), dall'Andreini di Firenze (7), dal Boccanera e Catellacci di Napoli (8), dal Salemi di Palermo (9) ed altri. Laonde coloro stessi che in principio, come appunto il Medoro predetto, si mostrarono caldi sostenitori della allacciatura temporanea, in seguito l'abbandonarono; e benchè anche nel 1846 se ne sia pubblicato un caso (10), nondimeno molto prima era caduta in disuso anche dove era salita in maggior credito. Anzi nella stessa Pavia il Prof. Volpi anteponeva il semplice metodo inglese del Jones, cioè la nuda legatura dell'arteria, giudicando tutt'altro metodo di allacciamento, riguardo alla denudazio-

---

(1) Palletta, An. un. di Med. 1817 II 40.
Giuntini, » 1821 XVII 133.
Menegazzi, » » » 136.
Uccelli, » » » 135.
Solera, » 1822 XXIII 272.
Manzoni, » 1823 XXV 129.
Odone, » » » 381.
Balestra, » 1824 XXIX 424.
Dolcini, » » » 417.
Bombasotti, » » XXXI 224.
Folcieri, » 1829 XLIX 102.
Bologna, » » L 544.

(2) Ann. un. di Med. 1820 XV 316.

(3) Ann. un. di Med. 1825 XXXIII 317.

(4) Giorn. de' Letter. di Pisa 1824 n. XVIII p. 261. Il Rossi andò poscia professore a Parma.

(5) Storia di due aneurismi. In Opusc. della Soc. med. di Bologna 1827 V 394.

(6) Storia di legatura dell'arteria femorale per aneurisma della poplitea ecc. Treviso 1826.

(7) Istoria di un operazione d'aneurisma al poplite. Firenze 1830.

(8) Archivi di Med. e Chir. Napoli 1829 II 226. — Il Severino. Maggio 1834.

(9) Memoria sopra un aneurisma al poplite ecc. Palermo 1835.

(10) *Poetini*, Legatura dell'omerale per ferita alla piegatura del cubito (Ann. un. di Med. CXVII 261).

ne maggiore dell'arteria, alla moltiplicità di corpi stranieri, *ormai inutile anzi dannoso* (1). Parimente il Baroni, quantunque assiduamente seguito avesse la clinica di Dupuytren, che adoperava per legare le arterie 5 o 6 cordoncini riuniti in nastro, ed avesse veduto dal Roux preferita l'allacciatura dello Scarpa; nulladimeno egli usò sempre del semplice e sottile cordoncino stretto sull'arteria e tenutovelo fino a che spontaneamente cadesse: in ciò egli seguiva l'esempio dell'Atti suo maestro (2).

Fra le diverse modificazioni fatte al metodo della legatura temporanea dev'essere ricordata quella del Dott. De Marchi di Venezia. Con una specie di stringilaccio di sua invenzione, che tiene qualche somiglianza col serranodo di Deschamps, attorcigliava quegli i due capi della legatura passata sotto l'arteria, finchè questa rimanesse increspata e chiusa: ma questo strumento dovea altresì servire ad altro scopo, cioè ad indicare il tempo vero in cui togliere l'allacciatura, quando esso non oscillasse più mancando l'impulso per essersi formato un solido coagolo dentro l'arteria legata. Al qual fine lo Scarpa, considerando la proposta del De Marchi come rilevantissimo perfezionamento della legatura temporanea, suggeriva di giovarsi della tenta da lui proposta per servir di guida alla recisione del laccio (3): dovea cioè introdursi la tenta per entro la ferita sino in vicinanza del nodo, e quindi questo scindere od altrimenti, secondo che la medesima trasmettesse, o no alle dita dell'operatore alcun tremito (4). Il Dott. Malagò di Ferrara avea altresì proposto di attorcigliare semplicemente, anzi che stringere con un nodo, i due capi del cordoncino che girava intorno l'arteria (5): ma nè con questo, nè con altri simili espedienti meccanici si poteva ben misurare il grado conveniente di pressione, o

(1) *Volpi*, Quadro generale delle malattie trattate nella Clinica chirurgica di Pavia nell'anno 1819-20 (An. un. di Med. XVI 291).

(2) Molti de' chirurghi napoletani, quand'anche smettessero la legatura temporanea, serbarono il cilindretto ed il nastrino dello Scarpa, alcun poco variandone i modi, può dirsi fino ad oggi ancora *(Gallozzi e Frusci*, Rendic. della Clinica chirurgica di Napoli — *Caleprico*, Rendic. dell'Accad. med. chir. di Napoli 1855 IX 10).

(3) Ann. un. di Med. 1823 XXV 442, XXVI 158.

(4) Nota sul processo operativo del fu De Marchi per la cura dell'esterno aneurisma (Ann. un. di med. 1828 XLVII 252).

(5) Nuovo metodo e nuovo strumento per la legatura delle arterie aneurismatiche (Giorn. di Chir. del Canella 1826 II 154). — Bullett. Scien. med. 1833 VII 24.

di stringimento per chiudere il vaso; siccome non si evitarono a questo le trazioni e le scosse nel cavar il laccio, anche quando non fosse annodato. Del pari insufficienti, o disadatte allo scopo erano le pratiche proposte dal Palletta, dall'Uccelli, dal Giuntini, dal Brugnone negli Annali universali di Medicina, dal Rigacci nel Giornale di Fisica e Chimica del Brugnatelli (1) per rendere più facile lo snodamento dell'allacciatura. Il Prof. di Torino Francesco Rossi portava il laccio immediatamente sull'arteria, ma, se l'aneurisma era *cistico* ossia *vero*, consigliava di stringere a poco a poco il cappio per modo soltanto che dopo 8 o 10 giorni il corso del sangue fosse del tutto impedito: e ciò per evitare i pericoli dell'immediata chiusura di grosso vaso (2). Ed ei faceva cotale singolare proposta sebbene della compressione, che poteva servire a rimuovere i temuti sinistri, avesse mostrato di saper far buon uso.

(*Capo* 22.°)

ALTERAZIONI PATOLOGICHE DELLE ARTERIE CONSECUTIVE ALLA LEGATURA ED ALLA TORSIONE.

Ma che avviene del laccio abbandonato su di un'arteria? La diversità della sua materia ha parte ne' risultati dell'operazione? Ecco il primo quesito che il Prof. Porta si proponeva di sciogliere nell'opera sua delle *alterazioni patologiche delle arterie per la legatura e la torsione* (3): ragguardevolissima impresa sperimentale compiuta in nove anni con 600 esperimenti sopra 270 animali, e per la quale (i risultati dell'esperienza sui bruti essendo messi a confronto coi fatti della patologia umana) veniva data una base scientifica all'allacciatura delle grandi arterie, ramo tanto importante della medicina operativa. La minugia, la seta cotta e cruda, il refe di canape ed il crine (non

(1) 1823 VI 89.
(2) Elém. de Medic. operat. I 219.
(3) Milano 1845 4.° gr. con 13 tav. in rame.

furon provati i fili mettalici) possono servire ad allacciare le arterie; nelle quali eccitano per l'ordinario l'infiammazione adesiva, e qualche volta la suppurazione ed ulcerazione delle tonache e delle parti circonvicine. Coteste diverse legature abbandonate sopra le arterie degli animali viventi escono spontaneamente dalla fistola, o dentro vi rimangono involte in una specie di indumento o cisti, ovvero sono assimilate: il qual ultimo fatto avverrebbe più facilmente per la minugia e meno per il crine, onde che quella dovrebbe essere ognora prescelta se spesso non ne fosse malagevole l'applicazione e lo stringimento, ciò che non succede del filo di canape e di lino, il quale di poco è inferiore alla minugia nell'attitudine ad essere assorbito. Esaminando quindi quale alterazione soffra la legatura con i diversi metodi di legatura (laccio circolare, laccio per ablazione, legatura mediata, doppio laccio colla recisione), e quale di questi meriti preferenza il Prof. Porta conchiudeva: 1.° che il laccio circolare produce recisione delle tonache proprie, strozzamento della tonaca cellulare, combaciamento delle medesime, e trombo interno; 2.° che la successiva obliterazione dell'arteria è conseguenza della flogosi adesiva o suppurativa del laccio ivi indotta; 3.° che il laccio circolare va ad ogni altro metodo di legatura preferito per la semplicità dei mezzi e della meccanica dell'operazione, per il lieve irritamento che induce lasciato in seno alla ferita, per il regolare e mite processo di obliteramento che per solito gli tien dietro. E, quantunque discepolo affezionato dello Scarpa, dichiarava la legatura temporanea, malgrado che a prima fronte seducente, essere metodo *difficile, complicato ed incerto.*

La torsione produce nelle arterie alterazioni meccaniche ed organiche, queste sono analoghe alle altre che succedono nella legatura; quelle comprendono la lacerazione circolare e l'introflessione, che qualche volta avviene, delle tonache proprie, l'attorcigliamento della tonaca cellulare ed il trombo interno. La torsione va considerata semplicemente succedanea della legatura nelle ferite dei vasi sanguigni: è operazione preferibile e sicura per le arterie mediocri; se non sempre, il più delle volte felice per le maggiori arterie delle estremità. (1). Le quali conchiusioni, oggi che la torsione è sì poco

---

(1) Op. cit. Sez. II Cap. 3.

adoperata, parranno forse troppo favorevoli, mentre che venticinq'anni fa, quando ancora durava la voga in cui AMUSSAT pose quest'espediente emostatico, parvero troppo rigide. Comunemente si fa merito al VELPEAU di avere sperimentato pel primo la torsione nell' uomo l'anno 1828; nondimeno nel nostro LANFRANCO troviamo la medesima chiaramente indicata: *oportet te tunc aut venam ligare et ipsam de loco extrahere, et caput venae vel arteriae contorquere* (1). Sono altresì ricordevoli gli esperimenti che il Dott. PIETRO MAZZOLA sin dal 1819 imprendeva per dimostrare che a chiudere il lume dell'arteria cospira, oltre l'effusione della linfa plastica, il coagolo ecc., anche il *rovesciamento all'insù verso il tronco* dei margini delle tonache media ed interna divisi dalla legatura che contunde e lacera. Cotesti margini convergendo vanno a sostenere il coagolo, ed insieme a lui formano ostacolo alla progressione del sangue *prima ancora che l'effusa linfa abbia avuto tempo di contrarre aderenza* (2). Ecco dunque che un modesto nostro chirurgo, trent'anni prima del NOTTA di Lisieux, spiegava come il coagolo emostatico, il *turracciolo* di PETIT, sia sostenuto dentro il vaso, e poneva la base della teoria intorno la legatura delle arterie oggi comunemente ammessa.

Allora che la torsione salì in tanto credito, l'AMUSSAT, che n'era il patrono, essendo stato premiato dall' Istituto di Francia, parecchi fra noi se ne mostrarono fautori, principalmente il PERTUSIO di Torino ed il SIGNORONI. Questi, anzi che nelle arterie minime e facili a rompersi, la giudicava più conveniente nei vasi di discreto calibro e di tonache consistenti: un suo scolaro avea per ciò modificata la pinzetta di AMUSSAT (3). Il PERTUSIO poi avrebbe voluto estendere la torsione anche lungo l'arteria ed associarla alla legatura; cioè prima di applicare il laccio, dividere le tonache interne dell'arteria con la pinzetta che serve alla torsione, parendogli con ciò di poter evitare il pericolo dell' emorragia meglio che con la pratica comune, nella quale la divisione delle tonache suddette è procurata dal lac-

---

(1) Practica Magistri Lanfranci. Tractatus I Doctrina III Cap. 9 (Collectio chirurg. veneta. Venet. 1498 fol. 172).

(2) Storia d'aneurisma dell'arteria del tarso con riflessioni intorno ai mezzi che natura impiega onde impedire l'emorragia (Ann. un. di Med. 1819 X 321).

(3) *Signoroni,* Sulla pinzetta a torsione del Signor Monti e sull'efficacia di questo processo a cessare le emorragie delle arterie recise (*Spongia*, Comment. di Medic. 1837 IV 184).

cio (1). Ma niuno adottò la proposta di sì malagevole espediente, la quale ricorda l'altra di Tierry di servirsi della torsione nella cura degli aneurismi, e che dallo stesso Amussat fu ripulsa come pericolosa.

(*Capo* 23.°)

MUTAMENTI CHE AVVENGONO NELLA CIRCOLAZIONE SUCCESSIVAMENTE ALL' ALLACCIATURA DE' PRINCIPALI TRONCHI ARTERIOSI.

Per quella stessa via dell'esperimento con cui aveva studiato le alterazioni che accadono nelle tonache delle arterie legate od attorte, il Prof. Porta volle investigare le mutazioni che avvengono nel sistema arterioso in seguito all'otturamento de' tronchi principali; mostrare cioè la potenza e le leggi con cui dopo tale chiusura si compie il circolo laterale nelle arterie per la conservazione delle membra. Egli allargava pertanto con l'esperimento il campo anatomico che lo Scarpa avea sì egregiamente illustrato, e tenuto di mira fino all'estremo di sua vita: imperocchè nel 1828 il sommo maestro pubblicava l' Esame comparativo del sistema arterioso di ambedue gli arti inferiori nel cadavere di un uomo, il quale 27 anni prima era stato operato d'aneurisma popliteo nell' arto destro col metodo hunteriano (2); con lo scopo appunto di provare che la legatura dell' arteria femorale *superficiale* nella sommità della coscia, può esser eseguita senza tema che il restante di tutto l'arto inferiore venga privato di quella giusta quantità di sangue, e di quella vitalità di cui godeva prima dell' allacciatura della principale sua arteria. Il Porta quindi distinguendo una circolazione laterale *diretta* e *indiretta* , trovava che, oltre le anastomosi dirette primitive o preesi-

---

(1) Sopra la torsione delle arterie. Lettera al Dott. Amussat (Repert. med. chir. del Piemonte A. 1834 n. 165). — Modificazione all' allacciatura circolare delle arterie (Gior. delle Scien. med. di Torino 1846 T. XXVIII).

(2) Ann. un. di Med. 1828 XLVI 426.

stenti, che fanno comunicare la porzione superiore ovverossia cardiaca del vaso ostrutto o reciso; altre nuove se ne formano di più che le propagini uscite dai *vasa vasorum*, e cioè vasellini i quali nati dentro il lume dell'arteria operata, tenendo il trombo sanguigno per propria matrice, comunicano coi rami esterni ed entrano nel sistema delle anastomosi dirette fra i due monconi. Riguardo poi alla circolazione *laterale indiretta* (cioè quella che succede per le anastomosi dei vasi secondarj preesistenti dell'arto alla periferia del tronco centrale obliterato), il nostro autore la studiava nelle quattro membra maggiori del corpo consecutivamente alla legatura della carotide e delle vertebrali, della succlavia e dell'innominata, delle iliache e della femorale, ricercando quali anastomosi si formino nelle parti profonde e nelle superficiali, quali mutamenti accadano nel tronco legato, nelle radici dei rami laterali e negli archi che compiono le anastomosi suddette (1). Le deduzioni tratte dagli esperimenti sui bruti confermava con l'anatomia patologica; ed ei medesimo ebbe la ventura, esaminando il sistema arterioso dell'arto inferiore 22 anni dopo la legatura dell'arteria femorale per aneurisma (2), di chiarire la *genesi di nuove anastomosi dirette nella matrice dei grumi interni dell'arteria obliterata*. Ei trovava altresì l'aneurisma perfettamente chiuso, non ostante che il moncone mediano della poplitea fosse vacuo e permeabile, in modo da essere nuovamente centro della circolazione della coscia: argomento questo comprovante che la dilatazione del primo circolo anastomotico s'è dovuto fare posteriormente alla chiusura del tumore per mezzo del coagolo. Anche il Prof. Palasciano nel 1843 esaminando l'arteria femorale, 25 anni dopo che fu allacciata per aneurisma, trovolla pervia tra il sito dell'allacciatura e quello del tumore (3). Proseguendo questi studj e raccogliendo fatti clinici concordi alla prima osservazione, il professore napoletano deduceva principj terapeutici diversi da quelli che dalla *teoria dell'obliteramento*, ovverossia dello Scarpa, discendono. Notava il Palasciano non essere per l'obliteramento totale dell'arteria dal punto della legatura o compressione del vaso

---

(1) Alteraz. patol. delle arterie ecc. Op. c.

(2) Mem. dell'Istituto Lomb. 1852 III 49.

(3) Esame d'un'arteria aneurismatica ecc. Napoli 1844.

fino al tumore che si guariscono gli aneurismi, ma pel deviamento del corso del sangue; onde che mentre si mantiene la vita in tutto l'arto operato, il tumore aneurismatico, a cui non giunge più l'urto diretto dalla colonna sanguigna, subisce un salutare processo di riparazione, si coarta e si trasforma in fitto e filamentoso tessuto connettivo. Ma per ciò stesso è ben possibile l'emorragia, o la recidiva del tumore pel sangue sorgente dalla parte inferiore del vaso; e quindi se per lo Scarpa il metodo d'Anelio è generalmente indicato in tutti i casi dell'allacciatura, pel Palasciano è di più ristretta applicazione, occorrendo non di rado di dover legare l'arteria sopra e sotto il luogo della lesione (1). Il grumo poi si forma e si consolida senza che v'abbia parte l'infiammazione delle tonache delle arterie (2): opinione che allora alla maggior parte de' chirurghi dovea parere ben ardita, avendosi generalmente tutt'altro concetto intorno al modo di guarigione degli aneurismi.

(*Capo* 24.°)

DEL LUOGO OPPORTUNO PER LA LEGATURA — RECIDIVA DELL'ANEURISMA.

Di sopra accennammo come lo Scarpa trasportasse più in alto che l'Hunter la legatura, affine d'evitare il pericolo di stringere il vaso in parte già malata; la quale per ciò non avrebbe potuto con-

---

(1) Il Palasciano presentava in proposito all'Accademia medico-chirurgica di Napoli una preparazione anatomica assai importante. Per cagione di aneurisma diffuso della coscia venne allacciata con nodo temporaneo la femorale; dopo 5 mesi il tumore essendosi riprodotto fu legata permanentemente l'iliaca esterna: ma scorsi 3 mesi nuova recidiva, ed il soggetto perì in conseguenza dell'emorragia scaturita dal pezzo di arteria sottoposta a doppia allacciatura, ne' cui punti s'era fatta l'obliterazione, e rimasta pervia la porzione intermedia ed inferiore. — Ma, comunque rilevanti, consimili fatti sono ancora troppo pochi perchè possa invertirsi la posizione relativa del metodo aneliano e del metodo antico, cioè risollevare questo in luogo di quello a regola generale.

(2) Nota sul ristabilimento della circolazione dopo l'allacciatura delle arterie Napoli 1844. — Atti del Congresso degli Scienziati di Napoli 1845 p. 290. — Osservaz. patol. e terapeutiche su doppia allacciatura della principale arteria del membro inferiore (Rendic. dell'Accad.

trarre quel certo grado d'*infiammazione adesiva*, che giudicava necessaria perchè le pareti dell'arteria fatte combaciare con l'allacciatura insieme si saldassero. Per altro se, come il fatto dimostra, v'hanno stati morbosi delle arterie, che non possono sostenere la legatura, è pur vero che molto fu esagerata la parte di questa cagione, appunto perchè alle sole pareti del vaso si volle conferire capacità di guarire l'aneurisma. Eppure oltre gli argomenti del Vaccà alcuni fatti dagli stessi scolari dello Scarpa notati, avrebbero dovuto ammonire di tale esagerazione: così è che il Dott. Bologna, trovando non essersi formato il coagolo dopo 5 giorni della fatta legatura sopra l'arteria brachiale di uomo quasi nonagenario, *perchè il vaso in quel punto non era in istato normale*, rimetteva il laccio, ma non più che poche linee sopra del primo, e conseguiva lo scopo (1). Intorno sì fatta quistione del luogo dove apporre la legatura, lo studio de' risultati remoti delle operazioni ha fatto sorgere gravi dubbj rispetto ai provvedimenti sinora generalmente tenuti. Il Broca fra gli altri avrebbe trovato che i pericoli della recidiva, e specialmente della cangrena, stanno in proporzione della distanza della legatura dal sacco; e che per ciò affine di risparmiare il maggior numero possibile di collaterali bisogna piuttosto avvicinarsi all'aneurisma per legare l'arteria, anzi che allontanarsene come faceva Hunter, e molto più lo Scarpa al cui esempio tutti i chirurghi si sono conformati. Ma quando pure questo precetto, appoggiato principalmente alle deduzioni delle statistiche del Noris, venisse meglio confermato, forse che se ne dovrebbe fare una regola assoluta? Non già perchè le alterazioni del vaso e del sacco, od altro accidente, possono esser tali da costringere a portare in alto la legatura, siccome talora vediamo succedere nel caso di semplice ferita dell'arteria; malgrado che oggi sappiamo che anche infiammate le arterie possono tollerare la legatura.

E per vero in una delle prime operazioni fatte in Italia dell'aneurisma popliteo col processo hunteriano, anche al terzo medio della coscia l'arteria trovossi così alterata da non poter sostenere l'allaccia-

---

med. chir. Napoli 1852 VI 69). — *Barbarisi Gennaro,* Esame comparativo delle dottrine dello Scarpa e del Palasciano sul fatto dell'obliteramento delle arterie, e sul ristabilimento della circolazione nelle parti sottoposte all'allacciatura (Rendic. dell'Accad. med. chir. Napoli 1853 VII 80).

(1) Storia di vasto aneurisma della piegatura del gomito ecc. Dissert. inaug. Pavia 1829.

tura (1). Inoltre se l'accostare la legatura al sacco ci premunisce di alcuni pericoli, di altri invece, dell'infiammazione consecutiva ad esempio, quella maniera di operare sarebbe più frequente cagione; lo stesso Broca lo confessa. Al dotto scrittore francese sono sfuggiti parecchi lavori dei nostri chirurghi che potevan esser da lui addotti in sostegno della sua proposizione: quali le osservazioni critiche del Monteggia, l'operazione dell'Atti, mediante cui in caso d'aneurisma del poplite fu legata la stessa arteria poplitea; non che le altre due, degne di memoria per la storia dell'arte, che il Prof. Ruggieri fece in Venezia sul medesimo soggetto nel giro di un anno per aneurisma popliteo dell'uno e dell'altro lato. Sebbene allora, cioè nel 1814 e 1815, il processo hunteriano e quello dello Scarpa fossero in tanta riputazione che nulla più, non pertanto in amendue le operazioni il Ruggieri allacciò l'arteria immediatamente al di sopra del tumore aneurismatico (2).

Fra i casi di recidiva dell'aneurisma è importante quello narrato dal Prof. Porta, il tumore al poplite essendosi rinnovato 4 anni dopo che era stata allacciata la femorale nel triangolo (3); similmente l'altro del Petrunti nel quale l'aneurisma consecutivo a ferimento della femorale, essendo già passati 13 anni, da che era stato guarito coi refrigeranti, si rifaceva per modo da rendere necessario il laccio (4). Questo fatto prova altresì che le recidive tarde, o remote che dir si voglia, non sono accidente soltanto della legatura: *toutes les méthodes,* dice a questo proposito il Broca, *qui font oblitérer les anévrysmes par des caillots passifs y exposent également* (5). Ma anche i coagoli attivi non assicurano sempre la guarigione, nè guarentiscono dalla recidiva: il Prof. Giosuè Marcacci lo dimostra con due casi di cui l'uno già pubblicato dal fratello Antonio (6). D'altra parte se la legatura *trop-*

---

(1) Osserv. citata del Vaccà.

(2) *Ruggieri Cesare,* Sul modo di operare l'aneurisma popliteo. Mem. corredata di pratiche osservazioni. Venezia 1817 (*Levi,* Ricordi intorno ai medici, chirurghi e farmacisti di Venezia. Venezia 1835).

(3) Alteraz. patol. delle arterie Op. c. p. 379.

(4) Filiatre Sebezio IX 203.

(5) Op. c. p. 571.

(6) Gaz. med. Toscana 1857 n. 47-51. — Settantatrè nuovi esperimenti ecc. p. 338. Di una recidiva di aneurisma popliteo curato con la compressione della crurale dal Prof. Sisco, sarà fatto cenno al Cap. 27.

po violentemente arrestando la circolazione fosse cagione che coaguli passivi si producano; perchè mai questi si sarebbero formati nel caso del Petrunti i refrigeranti essendo stati applicati per due mesi? Il Prof. Porta trovava che in 448 casi d'aneurismi e varici aneurismatiche curati coll'operazione aneliana in 25 vi fu recidiva; ma la pulsazione nella maggior parte fu temporanea, da alcune settimane ad alcuni mesi, e poi dileguossi. Ma a dir vero le varici aneurismatiche, a cui più spesso conviene altra maniera di cura che la semplice legatura di Anel, non possono mettersi in computo assieme cogli altri aneurismi. Per altro le anastomosi possono talvolta allargarsi al punto da annullare l'azione del laccio: e ciò si osserva specialmente nella coscia per gli aneurismi femoropoplitei. Il Prof. Porta ne riferiva tre esempj, di cui uno proprio, le allacciature della femorale esterna da lui raccolte sommando a 180: il Broca ne aggiungeva, fatte molte e diligenti indagini, altri 7. Ma poichè l'aneurisma spontaneo del poplite è fra tutti gli aneurismi esterni il più frequente (26 per 100 secondo Crisp), 10 recidive non dovranno poi alla fine recare molta meraviglia.

(*Capo* 25.°)

IL METODO DI PENCHIENATI E QUELLO DI BRASDOR.

Assalini nel suo Manuale di Chirurgia, P. I p. 84, narra che l'anno 1781 in un caso di aneurisma popliteo non complicato ei vide fare il taglio della gamba di preferenza a quello della coscia, affine di conservare il ginocchio per adattarvi una gamba di legno. Nella seconda edizione dell'opera predetta, avvertiva che il chirurgo che operò a quel modo fu il Penchienati di Torino, soggiungendo che la legatura dell'arteria *sotto* al sacco aneurismatico, impedendo il corso del sangue, fece sì che il tumore divenisse duro, non più pulsante, e tanto scemasse di volume da permettere all'amputato di servirsi del ginocchio per reggere la gamba artificiale (1). Il Broca nell'opera sua

(1) Manuale suddetto. Napoli 1819 p. 291.

riferisce quest'operazione, ch'egli appella *excentrique*, al metodo di Brasdor, attribuendo la ragionevole spiegazione dell'avvenuta guarigione all'Assalini, giacchè « tout permet de croire que Penchienati agit sans savoir ce qu'il faisait » parendo probabilmente che, se avesse avuto in animo di legare l'arteria di sotto il sacco per guarire l'aneurisma, quegli avrebbe trovato mezzo di fare questa legatura, senza correre ad un'amputazione per niun conto scusabile (1). Se non che quando il Broca avesse letto le dissertazioni francesi del Penchienati inserite nel volume dell'anno 1786 dell'Accademia delle Scienze di Torino, avrebbe diversamente giudicato, poichè il chirurgo Torinese *pensatamente* operava. Egli amputando la gamba avea in vista di sostituire un'*operazione più semplice, meno dolorosa, ed il cui buon esito in altre circostanze è quasi sicuro*, all'amputazione della coscia, la quale era allora il supremo espediente quando l'aneurisma del poplite non poteva esser guarito con la compressione diretta, o con il vecchio metodo della doppia legatura; ma che quasi sempre riesciva mortale, siccome pure in altre malattie. Il Penchienati si volgeva a quell'operazione avendo osservato che la cangrena, sia che si facesse la compressione, o la legatura, sia che si lasciasse in balia della natura, sempre limitavasi alla parte superiore della gamba e al di sotto del ginocchio, lasciando viva certa porzione triangolare dei tegumenti, che s'estendeva fin sotto la tuberosità della tibia, segno manifesto che le arterie del ginocchio continuavano a portarvi nutrimento. Il Penchienati dunque avea di mira non di *guarire l'aneurisma* allacciando l'arteria *sotto* al tumore, ma di *tener in vita il paziente* sostituendo men grave operazione alla generalmente usata, procurando di conservare maggior parte di membro di quello che dai più credevasi fosse possibile. Egli era poi sì persuaso della bontà di questo provvedimento, che anche per gli aneurismi ascellari consigliava, invece di lasciare il male di sè padrone, o di estirpare il braccio, d'amputare questo vicino alla testa dell'omero, le anastomosi delle scapolari, delle circonflesse ecc. essendo sufficienti per alimentare il piccolo moncone. Ma in questo caso la legatura dell'ascellare dovea farsi appena quella usciva di dietro alla clavicola, non nell'ascella *per non ferire il cordone de' nervi che av-*

---

(1) Op. c. p. 613.

volgono l'arteria, nè inferiormente al tumore (1); la qual cosa mostra chiaramente che il *luogo* della legatura, sotto o sopra all'aneurisma, non diveniva per il nostro autore che argomento di secondaria importanza di fronte all'altro di risparmiare parti amputando. Questo scopo ci proponiamo oggi pure quando sorga il bisogno di *amputare*; e però il PENCHIENATI per un certo rispetto è da ascriversi fra i *chirurghi conservatori*, quantunque (non faccio giuoco di parole) la *cura conservatrice* degli aneurismi nè praticasse, nè conoscesse. Ed è singolare ch'ei non fa punto parola dell'operazione che l'ASSALINI gli attribuisce d'aver fatto nel 1781 (2): bensì ricorda per dar valore alla sua proposta un caso del chirurgo fiorentino GIUSEPPE CAVALLINI, nel quale all'operazione d'un aneurisma popliteo essendo succeduta la cangrena al piede ed a parte della gamba, nondimeno il malato visse ancora 7 mesi e mezzo, la gamba essendosi disarticolata dal ginocchio soltanto pochi giorni prima della morte (3). Questo medesimo fatto avrebbe mai per avventura indotto lo SPEZZANI a praticare quella sua operazione che dovea produrre la cangrena, ed invece fu causa di insperata guarigione? Ciò essendo, l'operazione del chirurgo modenese non sarebbe *stravagante* come a prima fronte da taluno fu giudicata; sarebbe la deduzione d'un'osservazione patologica non bene interpretata, o per meglio dire interpretata con le dottrine che allora dominavano intorno la circolazione compensatrice o collaterale.

Quest'argomento, nuovo per molta parte, meriterebbe maggiori considerazioni: ma per ciò occorrerebbero nuove indagini e studj più ampj che qui sarebbero fuori di luogo. Aggiungiamo soltanto come conchiusione, che l'operazione del PENCHIENATI, qualunque sia l'anno

---

(1) Sur les anévrysmes des artère du bras ecc. p. 180.

(2) Il Penchienati nelle note ed aggiunte che insieme al Brugnone fece alle opere del Bertrandi non fa punto parola della mentovata sua maniera di curare gli aneurismi; invece è commendato il metodo aneliano, e l'applicazione fattane dal Desault e dall'Hunter (*Bertrandi*, Operaz. chir. T. III dell'Aneurisma).

(3) *Cavallini*, Collez. istor. di casi chirurgici. T. I P. II p. 121. Osservaz. CCXXIX. L'operato non visse già tutto il tempo, che dice il Penchienati: la disarticolazione successiva alla cangrena avvenne il 10 Dicembre (l'apertura del sacco aneurismatico essendo stata fatta il 26 Novembre), e la morte con convulsioni tetaniche successe dopo 6 giorni. L'errore del Penchienati é provenuto da ciò che nell'osservazione del Cavallini é stampato *Settembre* in luogo di *Dicembre*, trovandosi per altro in fine del volume la debita correzione.

in cui venne eseguita, è riprova che il tumore aneurismatico può otturarsi benchè allacciato al di sotto, non già pensato tentativo di guarire l'aneurisma mettendo il laccio, anzi che verso il cuore, dall'opposto lato verso i capillari.

Fra le operazioni più ragguardevoli fatte in Italia col metodo di Brasdor-Wardrop, merita, quantunque non andasse a buon fine, di essere ricordata quella del Prof. Giovanni Rossi, il quale, per aneurisma dell'innominata, allacciava tanto la carotide comune, quanto la subclavia (1).

(*Capo* 26.°)

PROSPETTO DELLE PRINCIPALI LEGATURE DI ARTERIE FATTE DAI CHIRURGHI ITALIANI.

Ma prima di passar oltre parmi conveniente di esibire come in Prospetto le principali operazioni di allacciature di arterie, o ferite od aneurismatiche, eseguite dai nostri chirurgi, senza per altro pretendere di farne una completa esposizione. Nondimeno questa avrà minori lacune delle relazioni date testè dal Pilz e dal Koch intorno l'allacciatura della carotide primitiva e della subclavia nell'Archivio di chirurgia clinica del Langenbeck (2).

(1) Bullet. delle Scien. med. 1843 IV 93.

(2) 1868 IX 257, 1869 X 326.

PROSPETTO DI ALLACCIATURE DELLE PRINCIPALI ARTERIE

FATTE DA CHIRURGHI ITALIANI.

Legatura della Carotide primitiva

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONE e MOTIVI dell'OPERAZIONE	ESITO	FONTI BIBLIOGRAFICHE
1	1820-1834	- - - - - -	—	U.	—	Tumore pulsante alla regione temporale	M. dopo 27 giorni per febbre catarrale. — La necroscopia mostrò un fungo midollare sottoposto al tumore pulsante ed entro la cavità del cranio.	Vandoni, Quadro quindicennale delle operazioni d'alta chirurgia eseguite nello Spedale maggiore di Milano. Milano 1841 p. 35.
2	1822	Koepel	—	—	—	- - - - - - - - - - - - - - -	- - - - - -	Cappelletti, Della Chirurgia in Trieste (Gior. per i progress. della Patol. e Terap. Venezia 1843 III 138).
3	1825	Barovero	49	U.	d.	Tumore sarcomatoso nella regione parotidea e superiore del collo.	M. 69 giorni dopo l'operazione.	Repertor. Med. Chir. Torino 1826 p. 529. *N.B.* Quest'è il primo caso di legatura della carotide primitiva per tumore non aneurismatico.
4	1828	Molina	29	D.	d.	Aneurisma della carotide primitiva.	G. Benchè affetta da sifilide costituzionale.	An. un. Med. 1828 XLVII 423.
5	1829	Chiari	28	U.	s.	Per creduto aneurisma di ramo posteriore della carotide esterna consecutivo a ferita: invece l'aneurisma era della vertebrale fra le due prime vertebre.	M. dopo 3 mesi e mezzo.	Caroselli, In: Archivj Chir. e Med. Napoli 1829 II 225. — An. dell'Osped. degl'Incurabili 1835 i 137.
6	1829	Sisco	17	U.	s.	Emorragia per aneurisma traumatico.	G.	An. un. Med 1829 LII 362

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONE e MOTIVI dell'OPERAZIONE	ESITO	FONTI BIBLIOGRAFICHE
7	1830	Centofanti	7 mesi	F.	d.	Vasto tumore sanguigno pulsante nella guancia destra.	Senza frutto.	Centofanti Vincenzo, Consideraz. teor. prat. sui tumori midol. Firenze 1830 Append.
8	1835	Petrunti	36	U.	d.	Aneurisma spontaneo.	M. in 27.ª giornata per isfacelo del sacco, infiammazione dei polmoni ecc.	An. Clin. dell' Osped. degli Incurabili 1835 I 29. — Filiatre Sebezio X p. 7.
9	1836	Cattolica	—	U.	s.	Aneurisma traumatico.	Senza successo. Morto dopo 6 giorni per emorragia. La necroscopia mostrò che l' aneurisma era della vertebrale.	Il Severino 1836.
10	1838	Porta	—	D.	s.	Aneurisma traumatico della biforcazione della carotide.	G.	Porta, Alteraz. Pat. delle arterie p. 375.
11	1839	Porta	50	D.	d.	Aneurisma.	- - - - -	Porta Op. c. p. 32.
12	1840	Pecchioli	—	—	s.	- - - - - - - - - - - - - -	- - - - -	Pecchioli, Prospetto delle operaz. chir. eseguite in un sedicennio. Colle 1847.
13	1842	Rizzoli	42	U.	d.	Per tumore erettile nella fossa temporo-mascellare.	M. 101 giorni dopo per emorragia consecutiva.	Bullet. Scien. med. di Bologna 1844 V 130.
14	1844	Cascio Cortese	40	U.	d.	Emorragia consecutiva a ferita d'arma da fuoco dopo 21 giorni.	G.	Cascio Cortese, Mem. chir. Palermo 1844 I 180.
15	1844	Triboli	22	U.	d.	Ferita da taglio.	G.	Raccogl. Med. di Fano. 1845 XVI. 49.
16	1845	Olivieri	—	—	—	- - - - - - - - - - - - - -	G.	Atti del Congr. di Napoli, Adunanza del 30 Settembre 1845.
17	1850	Niccoli	34	U.	d.	Aneurisma falso circoscritto delle arterie mascellare esterna, sotto linguale e sotto mascellare. — Emorragia: apertura del tumore, torsione e otturamento delle arterie che lo formavano.	G.	Gazz. Med. di Toscana 1850 n. 15.
18	1851	Gervasi	34	U.	d.	Aneurisma per anastomosi all' occhio corrispondente.	G.	Gervasi, Intorno alla Legat. della Carotide primitiva ecc. Spezia 1851.

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONE e MOTIVI dell'OPERAZIONE	ESITO	FONTI BIBLIOGRAFICHE
19	1859	Restelli	giovane	U.	d.	Emorragia consecutiva a ferita d'arma da fuoco, che attraversò il collo, nello staccarsi dopo 22 giorni dell'escara.	M. per nuova emorragia staccandosi *dopo qualche tempo* l'escara del lato opposto.	Giorn. Med. milit. 1861 p. 171.
20	1861	Monti	20	D.	s.	Per grave emorragia in 18ª giornata credendo ferito un ramo carotideo: invece era ferita la vertebrale, la quale nasceva direttamente dall' aorta tra la carotide e la subclavia sinistra.	M. dopo 60 ore.	Barbieri, Monogr. dell'arteria vertebrale Milano 1867-68 p. 83. — Verga Rendic. dell'Ospedale maggiore di Milano A. 1861-63 p. 129.
21	1865	Vanzetti	60	U.	d.	Aneurisma diffuso della carotide: allacciatura presso la subclavia.	M. 7 giorni dopo.	Communications à la Société de Chirurgie. Paris 1868 p. 25.
22	1866	Marcacci G.	55	U.	d.	Apparente aneurisma della carotide esterna: allacc. senz'effetto; injez. di percl. di ferro: era invece nuova varietà d'aneurisma arterioso venoso.	M. per risipola.	Marcacci G., In: Lo Sperimentale 1868 XXI 289.
23	1869	Barbieri	24	U.	d.	Esplosione di pistola in bocca: legatura insieme della lingua in massa verso la base.	G.	Riv. Chir. del Giorn. delle Malatt. Veneree 1869 p. 25.

Legatura col metodo di Brasdor.

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONE e MOTIVI dell'OPERAZIONE	ESITO	FONTI BIBLIOGRAFICHE
1	1842	Porta	60	D.	d.	An. della subclavia: la necroscopia mostrò che proveniva da ampliazione dell' arteria anonima, del principio della carotide e della subclavia con ectasia dell' arco dell' aorta	M. 40 ore dopo.	Porta, Alteraz. pat. delle arterie.
2	1843	Rossi	—	U.	d.	An. dell' innominata: la carotide del lato opposto era obliterata da un pezzo; l' art. vertebrale corrispondente all' aneurisma pure obliterata.	M. 6 giorni dopo.	Secondi, Rimembranze delle Cliniche di Parma (Bullet. Scien. Med. 1843 IV. 93).

Legatura della Subclavia

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONI e MOTIVI dell' OPERAZIONE	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
1	1812	Defilippi	—	U.	s.	Grave emorragia per ferita — Legatura sulla prima costola.	M. dopo 5 g.	An. Un. Med. 1817 V. 223.
2	1824	Vaccà	—	D.	s	Come mezzo emostatico preventivo dovendo estirpare un tumore nell'ascella.	G.	Cartoni, Esp. delle malatt. chir. della clinica di Pisa. Pisa 1828. I 79.
3	1828	Balardini	50	D.	d.	Aneur. dell' omerale e dell'ascellare consecutivo a frattura dell' omero. — Leg. allo esterno degli scaleni.	M. per cangrena del sacco aneurismatico dopo 16 g.	An. Un. Med. 1840 XCVI 449.
4	1833	Baroni	12	U.	s.	Emorragia per ferita. — Leg. fra gli scaleni.	G.	Mem. della Soc. Med. Chir. Bologna 1838. I. 181.
5	1835	De Rensis	36	U.	s.	Per ferita — Leg. fuori degli scaleni.	M. in 8ª gior. per isfacelo del sacco.	Filiatre Sebezio 1835. X 14. — An. dell'osped. degl' Incurabili 1835 I 61.
6	1836	Morgera	21	U.	d.	Aneurisma ascellare consecutivo a ferita — Legat. fuori degli scaleni.	G.	Montani, Storia dell'allacciatura della subclavia fatta dal Dott. Morgera (L'Osservat. med. di Napoli A. 1836. — Il Severino A. 1836 T. V).
7	1844	Cinquegrani	—	U.	s.	Per aneurisma traumatico. — Leg. fuori degli scaleni.	G.	Filiatre Sebezio 1844 XXVIII. 17.
8	1846	Vanzetti	40	U.	s.	Aneurisma ascellare. — Leg. fuori degli scaleni.	G.	Wilkomirksy, Inaug. dissert. Charkow. 1864.
9	1847	Pecchioli (2 volte)	—	—	—	Al di sopra della clavicola.	- - - - -	Pecchioli, Prospetto di Operaz. chir. eseguite in un sedicennio. Colle 1847.
10	1851	Costantini	57	U.	d.	Aneur. ascellare spontaneo. — Legatura al di fuori degli scaleni.	M. 13ª giornata per cangrena del tumore.	Costantini, Saggio della Clinica chirurg. per gli anni 1851-52. Roma 1853 p. 43.
11	1851	Grassi	—	U.	—	Aneur. dell'ascellare spont.	G. con successiva paralisi e atrofia del braccio.	Rendic. dell' Accad. Med. chir. di Napoli. 1854 VIII. 5.
12	1853	Caccioppoli	33	U.	s.	Aneur. ascellare — Leg. al di fuori degli scaleni.	G.	Ivi.
13	1859	Torelli	36	U.	s.	Ferita dell'ascellare con cangrena. — Leg. al di fuori degli scaleni.	G.	Bullet. Scien. med. 1862 XVII 371.
14	1863	Bruno	20	U.	s.	Aneurisma ascellare consecutivo a ferita. — Lagatura al di fuori degli scaleni.	G.	Gaz. dell'Associaz. med. Torino 1863 p. 83.

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONE e MOTIVI dell'OPERAZIONE	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
15	1864	VANZETTI	40	U.	s.	Aneurisma ascellare successivo a ferita — Legatura al di fuori degli scaleni.	G.	Gaz. des. Hôpit. 1864. 8 Ottobre.
16	1866	GARDINI	—	U.	d.	Aneurisma ascellare consecutivo a ferita — Legatura al di fuori degli scaleni.	«Riprodottosi l'aneurisma pel riflusso delle dilatate collaterali, circa 3 mesi dopo dell' operazione, l'individuo soccombeva, ed alla sezione cadaverica s'ebbe la materiale dimostrazione della perfetta esecuzione dell' atto operativo ».	Giornale di Med. milit. 1867 p. 1.
17	1868	RIZZOLI	50	U.	d.	Per ferita di coltello nell'ascella. — Legatura fra gli scaleni.	M. dopo 8 giorni in conseguenza della strabocchevole emorragia, troncata essendosi la subclavia.	RIZZOLI, Collez. delle Mem. chir. Bologna 1869 I 27.

Legatura dell' Iliaca esterna

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONE e MOTIVI dell'OPERAZIONE	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
1	1804	ATTI	35	U.	d.	Emorragia consecutiva ad allacciatura della femorale comune per aneurisma inguinale.	M. dopo un giorno.	Mem. dell' Istit. Naz. Bologna I. P. II 263.
2	1823	VACCÀ	65	U.	d.	Aneurisma spont. della crurale.	M. in 5^a giorn. di peritonite.	VACCÀ, Ist. di una allacc. dell' Iliaca est. Pisa 1823 (N. Gior. dei Letter. di Pisa IV. 104, 257).

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONE e MOTIVI dell'OPERAZIONE	ESITO	FONTI BIBLIOGRAFICHE
3	1824	Chiari	26	U.	s.	Aneur. spont. nell' inguine.	M. il 9° giorno	L' Oss. Med. di Napoli 1824 p. 179.
4	1825	Angiulli	—	U.	—	Vasto aneur. nella parte sup. della coscia.	M. al 7° g. per febbre adinamica.	» » 1825 p. 167.
5	1827	Menici	53	U.	d.	Aneur. spont. al terzo sup. della femorale.	M. in 24ª g. per emorragia dal capo inferiore	Menici, Mem. sull' allacc. dell' Iliaca ester. ecc. Pisa 1827.
6	1830	Bertolazzi	25	U.	d.	Emorragia consecutiva all'allac. della femorale comune per aneur. traumatico.	G.	An. Un. Med 1831 LIX 269.
7	1830-1833	Signoroni	23	U.	s.	Emorragia dalla femorale.	M. per ripetute emorragie.	Signoroni, Prospet. Clin. Padova 1836 p. 51.
8	1832	Regnoli	43	U.	s.	Emorragia consecutiva all' allacc. della crurale in aneur. popliteo spont.	M. per cangrena dopo 48 g.	N. Giorn. dei Letter. di Pisa 1833 XXVI 117.
9	1833	Baroni	36	U.	s.	Aneur. traum. della femorale comune.	M. 52 g. dopo.	Venturoli. In: N. Comment. Instit. Bonon. III.
10	1833	Malagò	30	U.	s.	Ferita della femorale profonda.	G.	Bullet. Scien. Med. 1833 VIII. 249.
11	1834	Manzella C.	36	U.	d.	Aneur. spont. tra il terzo medio ed inferiore.	G.	Manzella S., Mem. intorno ad un Aneur. ecc. Palermo 1834.
12	1834	Venturoli	50	U.	s.	Aneur. spont. nell' inguine.	M. dopo 48 ore.	N. Comment. Instit. Bonon. IV. 271.
13	1836	Regnoli	—	—	—	- - - - - - - - - - - - - -	- - - - -	Archiv. Scien. Med. di Toscana 1837 p. 62.
14	1837	Medoro	—	U.	s.	Aneur. spont. della femorale comune.	G.	Memoriale della Medic. contemp. I. 129.
15	1838	Camici	34	U.	s.	Per ferita di una delle perforanti e consecutiva emorragia della femorale.	G.	Biagini, Prolusione del nuovo anno scolastico. Firenze 1838. — Bullet. Scien. Med. IX 308.
16	1838	Cavara	32	U.	s.	Aneur. spont. della femorale comune.	G.	Rendiconto dell'Accad. delle Scienz. di Bologna 1839. p. 5.
17	1838	Grillo	39	U.	s.	Aneur. spont. nell' inguine.	G.	Il Severino 1839 p. 11. — Ann. clinici dell' Osped. degl' Incurabili (Relaz. del Dott. Sogliano) 1839 V 50.
18	1838	Medoro	33	U.	d.	Aneur. spont. della femorale comune.	G.	Memoriale della Medic. Contemp. I 325.
19	1838	Petrunti	26	U.	s.	Aneur. spont. nell' inguine.	G.	Filiatre Sebezio XVII 73.
20	1838	Pellegrino	48	U.	s.	Aneur. spont. nell' inguine.	M. 4 mesi e mezzo dopo per cangrena del ginocchio.	Il Severino 1839. p. 11. — Annali clinici dell' Ospedale degl' Incurabili 1838 IV 122.

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONE e MOTIVI dell'OPERAZIONE	ESITO	FONTI BIBLIOGRAFICHE
21	1838	Portal	30	U.	d.	Emorragia sopravvenuta all'estirpazione di gangli linfatici.	M. in 5ª g. per peritonite.	Filiatre Sebezio 1839 XVII.
22	1842	Gherini	—	U.	d.	Aneur. recidivo dopo 4 anni alla legatura della femorale nella sommità della coscia per aneurisma popliteo traumatico.	M. dopo 78 ore.	Porta, Alteraz. delle arterie p. 378.
23	1843	Bresciani	—	U.	d.	Aneur. falso diffuso consecutivo a ferita della femorale.	G.	Bresciani, Saggi di chir. p. 103.
24	1846	Pugliatti	33	U.	s.	Aneur. inguino-crurale spontaneo.	G.	Giornale di Scienze Mediche. Napoli II 195.
25	1850	Caccioppoli	35	U.	—	Aneur. inguinale spontaneo.	G.	Rendiconto dell'Accad. Med. Chir. di Napoli. VI 52.
26	1851	Testa	—	U.	—	Per aneurisma: insufficiente la legatura fatta due volte con il cilindretto ed il nastrino sulla femorale.	G.	De Rensis. Instit. di Patol. Chir. Napoli 1852 II. 170.
27	1852	Palasciano	—	U.	—	Aneur. diffuso recidivo alla legatura della femorale fatta 7 mesi prima.	Nuova recidiva dopo 3 mesi: emorragia dall' arteria sottoposta a doppia allacciatura (obliterata nei due punti del laccio, pervia nella porzione intermedia ed inferiore); morte.	Filiatre Sebezio 1852 XLIV 206.
28	1854	Cappelletti	38	D.	s.	Per osteo-aneurisma alla tibia, insufficiente essendo stata l'allacc. della femorale.	Insufficiente; amputazione e guarigione.	Giorn. Venet. delle Scien. Med. A. 1865.
29	1855	Costantini	39	U.	d.	Aneurisma inguinale.	M. oltre il 7° giorno per cangrena del sacco consecutiva ad accidentale caduta.	Costantini G., Saggio di Clin. chir. per gli anni 1853-55. Roma 1855 p. 161.
30	1859	Restelli	giovane	U.	d.	Emorragia consecutiva a cangrena d'ospedale sul moncone della coscia amputata, cui non bastò la legatura	M. dopo 10 giorni per nuova emorragia dalla cir-	Giorn. Med. milit. 1861 p. 170.

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONE e MOTIVI dell'OPERAZIONE	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
						della crurale fatta 15 giorni prima.	conflessa esterna sotto l'ultima legatura.	
31	1859	RESTELLI	giovane	U.	s.	Emorragia consecutiva ad amputazione secondaria della coscia: a cagione di nuova emorragia dopo 15 giorni è allacciata l'*iliaca primitiva*.	M. dopo 16 giorni dall'ultima legatura per *infezione purulenta in corso da 7 mesi.*	Giorn. med. milit. 1861 p. 170.
32	1860	COSTANTINI	36	U.	s.	Aneur. inguinale.	G.	Corrispond. Scient. Roma 31 Marzo 1860.
33	1860	INZANI	40	U.	d.	Aneurisma consecutivo a ferita d'arma da fuoco 27 anni prima (Legatura insieme dell'epigastrica).	M. dopo 3 mesi per rottura della femorale e scomponimento dei coagoli con mortificazione.	An. un. Med. 1862 CLXXXI 564.
34	1863	STROPPA C.	29	U.	s.	Aneurisma della femorale consecutivo a ferita d'arma da fuoco.	G.	Il Morgagni 1863 V 161.
35	1866	LANDI	40	U.	s.	Aneurisma consecutivo a ferita al 3° antero-superiore della coscia della femorale superficiale.	Per le emorragie e il gozzo aneurismatico della femorale superficiale di contro alla cicatrice della ferita, allacciatura in 30ª giornata della femorale 2 centim. sotto l'arco. Gangrena dell'arto: amputazione al 3° superiore della coscia. Guarigione. — Dopo 2 mesi l'operato moriva di vajuolo: con la necroscopia trovossi che l'epi-	LANDI, I malati della Clinica chirurgica di Bologna (L'Ippocratico 1867 XI 201).

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONE e MOTIVI dell'OPERAZIONE	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
							gastrica, nascente sotto la circonflessa e il punto allacciato dell'iliaca esterna, avea ristabilito la circolazione nella femorale mediante le anastomosi con la mammaria interna.	
36	1868	Palamidessi	29	U.	s.	Aneurisma inguinale spontaneo: fallita la compressione digitale.	G.	Palamidessi, Allacciatura dell'arteria iliaca esterna. Firenze 1868.

Legatura dell'Iliaca interna

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONE e MOTIVI dell'OPERAZIONE	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
1	1844	Zannetti	36	U.	d.	Aneurisma spurio consecutivo a ferita nella regione glutea.	M. 12 ore dopo per effetto delle antecedenti emorragie.	Torracchi Zanobi, Cenni storici intorno ad un aneurisma della regione glutea (Gaz. Tosc. delle Scien. med. fis. 1844 n. 16).
2	1851	Cianflone	40	D.	s.	Aneur. spont. dell'ischiatica.	M. dopo 17 g.	De Rensis, Instit. Chir. II 132.
3	1852	Coluzzi	—	—	—	Aneur. traumatico della glutea.	In 8ª g. emorragia gravissima che obbligò a legare l'*iliaca primitiva*. Esito ignoto.	Ivi II. 133.
4	1869	Gallozzi	16	U.	d.	Aneurisma traum. della glutea.	G.	Il Morgagni 1869 p. 777

L'allacciatura dell'ascellare, presso che sempre felicemente, venne eseguita dall'ANGIULLI (1), dal CATANOSO (2), dallo ZANNETTI (3), dal PECCHIOLI (4), dal REGNOLI (5), dal Prof. COSTANTINI, dal Dott. COSTANZO MAZZONI (6), dal Prof. RIZZOLI (7), dal Dott. AGOSTINO BARBIERI (8), dal Dott. LUIGI CASATI (9), dal Prof. LORENZO BRUNO (10), dal Dott. F. PASSAMONTI (11) ecc. Il BRESCIANI de BORSA legava la tiroidea superiore ferita (12). La malagevole e rara allacciatura della peronea fu fatta dal BALARDINI prima del 1840: ei la fece, non avendo potuto afferrare l'arteria nella ferita, in alto verso la faccia posteriore esterna della fibola, incidendo l'aponeurosi e portando in fuori il margine interno del muscolo flessore proprio del dito pollice (13). MALGAIGNE nell'ultima edizione del suo Manuale delle operazioni chirurgiche affermava di non aver notizia di altro caso di legatura di quest'arteria in un uomo vivo, fuori di quello notissimo del GUTHRIE: nè di più aggiunge il SÉDILLOT (14). Il Prof. BARONI nel dicembre 1834 allacciava felicemente l'arteria glutea, ov'essa si volge sull'ileo ra-

---

(1) Filiatre Sebezio 1831 I 90.

(2) *Catanoso*, Legatura dell'arteria ascellare all'uscire di sotto alla clavicola per emorragia nel cavo dell'ascella, osservazione seguita da pratiche considerazioni sulle emorragie arteriose ecc. Messina 1835. Quest'allacciatura dal Koch, che senza dubbio non ebbe opportunità di vedere l'opuscolo del chirurgo messinese, venne annoverata fra quelle della subclavia (*Langenbeck*, Archiv. 1869 X 301).

(3) Archivio delle Scien. med. fis. Toscana 1837 p. 62. — Bullett. Scien. med. 1836 I 398.

(4) Prospetto di operazioni chirurgiche eseguite in un sedicennio. Colle 1847.

(5) A. 1845 In: Medic. operatoria. Firenze 1866 p. 513.

(6) Giorn. Arcadicò 1852 T. CXXIX.

(7) *Rizzoli*, Collez. delle Mem. chir. T. I p. 83. A. 1853.

(8) A. 1859. In: *Barbieri*, Monografia dell'arteria vertebrale p. 75.

(9) Legatura dell'ascellare per aneurisma falso primitivo diffuso della circonflessa omerale (Raccoglit. med. di Fano 1859 XIX).

(10) Gaz. dell'Associaz. med. 1863 p. 69.

(11) L'Ippocratico 1867 XI 269.

(12) Saggi di Chirurgia. Verona 1843 p. 101.

(13) An. un. di Med. 1840 XCVI. 470.

(14) Traité de Médec. opérat. II 295. — Il Prof. Fabbri ha proposto un facile e pronto processo per legare l'arteria tibiale posteriore. Si fa un taglio lungo 6 pollici sotto la metà della gamba, lontano un buon pollice dall'orlo interno della tibia, ed è condotto in alto avvicinandosi all'orlo stesso: sollevato il muscolo soleo introducendovi sotto l'apice d'un dito, se ne recidono gli attacchi alla tibia. Mercè l'ampia incisione, coadjuvata dalla flessione della gamba, agevolmente si rovescia all'infuori il muscolo, e s'incide l'aponevrosi profonda sotto cui trovasi l'arteria che si vuole allacciare (Bullet. delle Scien. med. 1855 III 258).

sentando l'arco della scissura ischiatica, in un giovane contadino di 22 anni, che cadendo da un albero s'infisse il potatojo, che tenea a lato, nella natica destra (1). Il Dott. Medoro più ardito ancora nel principio di Settembre del 1830, per cagione di vastissimo aneurisma dell'iliaca esterna, allacciò l'arteria iliaca primitiva destra. Tale operazione era stata fatta con buona fortuna da Valentino Mott di Nuova Yorck nel 1827; ma ripetuta l'anno dopo in Inghilterra dal Crampton, l'infermo soccombeva per emorragia il 4º giorno. L'infermo dal nostro Medoro operato non passò di vita che dopo 29 giorni, l'arteria essendosi rotta poco sopra il punto dov'era stata annodata (2). Questo caso, quantunque sfortunato, confermava sempre più la potenza compensatrice della circolazione collaterale sulla quale lo Scarpa avea tanto insistito (3). Dieci anni dopo il Medoro, a cagione di vasto aneurisma dell'arteria femorale comune e dell'iliaca esterna imprese la legatura dell'iliaca primitiva: rallentandosi il laccio, venne fatta una nuova legatura; ma dopo 2 giorni, ovvero 5 dall'applicazione del primo laccio, l'infermo morì di entero-peritonite. Apertone il cadavere trovossi che l'arteria legata era l'aorta addominale dietro al peritoneo al disopra della sua biforcazione nelle due iliache primitive. L'Asson riferendo questo caso di cui fu testimone, fa notare che, malgrado la necessità di dovere rinnovare l'allacciatura, la morte avveniva molto più tardi che negli altri casi. « Forse che ritardava la morte perchè lo allentamento del laccio dopo la prima operazione non permise che il circolo fosse affatto interrotto: ma forse ancora, senza la nuova operazione, che aggravasse la lesione traumatica, l'infermo non sarebbe perito; ed allora si sarebbe ascritto il trionfo alla legatura dell'*iliaca primitiva* e non punto a quella dell'aorta addominale ». In ogni modo poi la morte fu conseguenza della soppragiunta peritonite, *non della legatura della principale arteria* (4). Della legatura dell'iliaca primitiva fatta dal Coluzzi, e dell'altra eseguita dal

(1) Mem. della Soc. med. chir. di Bologna 1838 I 181.

(2) Dizion. classico di Medicina. Venezia Vol. II. — An. un. di Med. 1832 LXIII 172.

(3) Anche il Flajani instituiva esperimenti ed esami anatomo-patologici per dimostrare le molte vie di comunicazione dei vasi arteriosi della pelvi con i principali rami della crurale (Giorn. med. chirurg. di Roma di Alessandro Flajani II 374).

(4) *Asson*, Le osservazioni chirurgiche edite ed inedite del Dott. Samuele Medoro. Venezia 1856 p. 67.

Restelli, sopravvivendo l'infermo 13 giorni, è cenno nell' anzidetto Prospetto (1).

La legatura praticata dal Dott. Marzuttini sopra l'arteria femorale aneurismatica all' inguine, se non è esempio di processo operatorio da seguirsi, è per altro riconferma come, malgrado le più gravi complicazioni dell'emorragia, e della cangrena, la guarigione possa seguire (2). Similmente risanava e dell'aneurisma, e della frattura, l' infermo cui il Cappelletti allacciava la femorale al di sotto dell'arco cruraie, a cagione di enorme aneurisma diffuso successivo a frattura del femore (3). In un' accurata monografia dell' *arteria vertebrale* (4), il Dott. Agostino Barbieri si è ingegnato di mostrare che la legatura di cotest'arteria non è operazione senza scopo, *avendo le sue indicazioni, il suo obbjettivo, dubbioso se vuolsi, ma non senza speranza di buon successo; l'esecuzione essendone delicata sì, ma non molto difficile*. I chirurghi giudicheranno se veramente possa aversi questa fiducia, niun caso sinora avendone che direttamente la conforti. Il Prof. Nunziante Ippolito negli Annali dell' ospedale degl' Incurabili di Napoli (5) e poscia nella Riunione che gli scienziati nostri tennero in quella città nel 1845, fidando egli pure che l' allacciatura metodica della vertebrale possa dare buoni risultati, avea suggerito di partire dal margine esterno del muscolo sterno-cleidomastoideo per giungere all'arteria cercata; processo che poscia dal Chassaignac venne perfezionato, e indusse il Velpeau a correggere quello che dianzi da lui era stato proposto. Il consiglio del Rispoli, altro chirurgo napoletano, di allacciare l' arteria nella seconda sua porzione fra le apofisi trasverse, non potrebbe seguirsi che in casi eccezionali, o quando non si potesse far di meglio, giacchè battendo quella via il laccio necessariamente include anche i nervi cervicali (6).

Il Prof. Porta alla precitata sua opera delle alterazioni che succedono nell'arteria a cagione della legatura e della torsione, univa

---

(1) Nella Sezione — *Legatura dell' Iliaca esterna* —.

(2) An. un. Med. 1832 LXIII 350.

(3) Giorn. per servire ai progressi della Patologia. Venezia 1842.

(4) Milano 1867-68.

(5) A. 1835 I 136. « Sulla legatura dell'arteria vertebrale ne' casi di aneurisma e di ferite della stessa ». Nuova edizione Napoli 1845.

(6) *Barbieri*, Op. c., — *Gherini*, Della ferita dell' arteria vertebrale (Gaz. med. Lomb. A. 1867).

una tavola sinottica nella quale sono esposti i risultati di 600 legature fatte nelle grandi arterie dell'uomo da Giovanni Hunter sino al 1843. Oggi che della statistica si tiene tanto, se non sempre debitamente, conto, riesce gradito il vedere come trent'anni fa il Professor di Pavia comprendesse i molteplici elementi che debbono essere valutati per giudicare di quell'operazione, de' suoi modi ed effetti. Ma volendo compendiare tanto materiale in una sola tavola, necessariamente parecchi argomenti non poterono essere ciascuno di per sè considerati; e se il Norris ha poscia dato statistiche più precise, ciò fu perchè egli a parte a parte esponeva le conseguenze della legatura della femorale, dell'iliaca esterna, della carotide e della subclavia. Inoltre pel chirurgo americano quella dinumerazione era soggetto di lavoro speciale, pel Porta invece non più che un'appendice di più vasta fatica.

(*Capo* 27.°)

LA COMPRESSIONE DIRETTA E L'INDIRETTA: ORIGINE E VICENDE DI QUESTA; CASI NOTABILI DI GUARIGIONE OTTENUTI CON QUELLA.

Ma comunque perfezionata nella parte dottrinale e nella pratica, l'allacciatura è sempre operazione grave, sì ne' suoi procedimenti, che nelle sue conseguenze. Pertanto i chirurghi mai lasciarono di cercare altro mezzo di cura che avesse efficacia di guarire senza eccitare, operando tagli, introducendo e tenendo corpi estranei nella ferita, sinistri accidenti, e senza mettere a rischio la stessa vita.

Fra cotesti espedienti la *compressione* tiene senza dubbio il primo posto, e di essa chirurghi ed ammalati, prima che di qualsiasi altro mezzo, dovettero giovarsi, a ciò spingendoli l'istinto e l'imitazione poscia che premendo sul vaso ogn'uomo facilmente s'avvedeva che se ne acchetavano i battiti, e fermavasi, se ferita vi fosse. Io

sgorgo del sangue. Quest'era la *compressione immediata diretta;* la quale adoperata particolarmente dai chirurghi del medio evo, fu tenuta come il miglior compenso sin tanto che il metodo di ANTILLO non riprese vita; ed alla medesima fu fatto ritorno allora che la legatura degli aneurismi, squarciando il sacco, per essersi estesa alle grandi arterie degli arti divenne operazione presso che sempre mortale. Ma allora la compressione avea subito per opera del GENGA, e maggiormente per quella del GUATTANI un grande mutamento: non limitando più la sua azione sul tumore, ma estendendola eziandio sopra e sotto a questo, diveniva, oltre che *diretta*, compressione *indiretta*. La bacchetta, o legno rotondo grosso un dito, che il GENGA metteva sopra l'omerale, allorquando salassando dal braccio restava ferita l'arteria, era ivi collocato acciò si *proibisse il libero ed impetuoso corso del sangue all'arteria ferita medesima* (1). GUATTANI applicò nel 1765 i precetti del chirurgo di S. Spirito alla cura degli aneurismi *cohibendo sanguinis cursum in arteria ad affectum locum tendente;* GUATTANI temeva la cangrena arrestando del tutto il corso del sangue nell'arteria principale, e perciò comprimendo l'arteria crurale nell'aneurisma popliteo, non voleva obliterare l'arteria, ma rallentarvi solamente il corso del sangue. « Mihi aperte constabat factam a me compressionem nunquam fuisse talem, quae per arteriam iter quodcumque intercipere sanguinem debuisset, efficereque, ne sufficiens ejusdem copia ad articulum permearet (2)». GUATTANI dunque pose l'indicazione, che è tuttora guida della compressione indiretta: ma egli teneva a questa congiunta la pressione *(linteorum beneficio)* sul tumore aneurismatico, ajutandola altresì con il riposo e la severa dieta, *quiete cubilis, ac extenuatione totius corporis.* Ma che il regime valsalviano fosse semplicemente un adjuvante più e più volte in parecchie storie è dichiarato; siccome pure è notato, ogni volta che si trascurava la compressione nell'inguine, il tumore aneurismatico del poplite patentemente aumentare (3). Vero è che il GUATTÀNI con le

---

(1) Anatomia chirurgica. Roma 1675 p. 219. — La fasciatura del Genga fu malamente poscia attribuita a Giovanni Cristiano Antonio Theden chirurgo prussiano della seconda metà del secolo passato.

(2) De externis aneurismatibus. Romae 1772 p. 21 e 50.

(3) Ivi p. 38.

sue fasciature si proponeva di conseguire non la deposizione di solidi strati fibrinosi, bensì lo scioglimento della massa sanguigna poliposa contenuta nel sacco, affinchè questo si potesse restringere, quella mutata in siero, e però *ad permeandum* idonea, venendo assorbita. Del qual errore non dovremo fare rimprovero al chirurgo romano, conciossiacchè quest'era difetto non tanto di lui quanto delle dottrine patologiche che allora regnavano. La pratica del Guattani, sebbene nella stessa Roma trovasse avversarj (1), diè tosto nelle mani del Giavina suo discepolo buoni frutti (2); ma più specialmente da Giuseppe Flajani, che vi scriveva intorno una dissertazione, venne illustrata. Il Flajani mise in piena luce in che sostanzialmente consistesse il metodo del maestro: la compressione è il cardine della cura e da sola può guarire « purchè sia regolata da perita mano e in modo che resti quasi libera l'inferior apertura dell'arteria, e nel tempo stesso sia sostenuto e compresso il sacco aneurismatico, affinchè non venga disteso dall'impellente sangue..... all'opposto se la compressione è troppo forte, onde affatto resti impedito il passaggio del sangue, s'accresce l'intumescenza della gamba, ed in seguito se non si toglie la compressione sopraggiunge la cangrena ». La fasciatura a cui aggiungeva l'applicazione dei locali astringenti (la vallonea) doveano *far coartare il sacco* e dare all'arteria *il perduto elaterio, onde potesse il sangue proseguire il suo circolo* (3). Al metodo del

---

(1) L'anno dopo che il libro *de externis aneurysmatibus* venne pubblicato, Angelo Grima, chirurgo nell'ospedale de' Cavalieri di Malta, proponeva l'amputazione come unico rimedio a tutti gli aneurismi delle parti inferiori, per esser egli stato testimonio oculare, specialmente nell'ospedale di S. Maria Nuova di Firenze, delle funeste e micidiali conseguenze dell' allacciatura (De poplitis aneurysmate. Romae 1773). Il Masotti invece, quantunque affezionatissimo alla legatura, conviene in moltissimi casi esser utile la compressione (Dissertaz. su l'aneurisma del poplite. Rimini 1772).

(2) *Guattani*, Hist. VIII 31.

(3) Essendo pochissimo noto, riferisco questo brano del Prontuario chirurgico del Ciucci di Arezzo (Macerata 1679 p. 135), nel quale troviamo adoperati simultaneamente nella cura degli aneurismi parecchi mezzi (debilitanti, astringenti, e quindi compressione), che poscia formarono metodi curativi speciali. « Dominus Alexander Calderinus egregius nostrae tempestatis Magister Florentiae S. M. Novae in aneurysmate non magna, neque vetusta ingenti cum utilitate, purgato prius corpore, sanguineque decenter evacuato partem validis adstringentibus mane, et sero fovebat, et desuper in cateplasmatis formam alligabat frustulum *casei recentis non salati*, quo et ego felici cum eventu multoties usus sum ».

Valsalva poi, escludendo affatto l'amputazione, non si dovea ricorrere se non quando l'aneurisma non fosse in istato di soffrire la compressione (1). Il Broca, che non ha conosciuto il libro del Flajani, fa gran caso di una storia di Brückner pubblicata nel 1797 nel Giornale di Loder, nella quale è detto un enorme aneurisma popliteo essere stato guarito con il metodo del Guattani grandemente modificato, con la guida di una *buona teoria*. Ma qual'era questa? Il mio scopo, dice il chirurgo tedesco, era di sostenere all'esterno le pareti dell'aneurisma, d'aumentare la loro tonicità, di diminuire il flusso del sangue nell'interno del sacco: dunque egli si prefiggeva di ottenere ciò che il Flajani s'era proposto, ed avea ottenuto fin dal 1784 (volendo partire dall'ultimo caso esposto nell'anzidetta dissertazione), adoprando di più, per esprimerne il concetto e la pratica, presso che le medesime parole di cui servissi il chirurgo romano. La dieta antiflogistica era già stata levata dal Flajani, il quale applicando la vallonea bollita nel vino generoso sul tumore, adoprava meglio di Brückner, che tre volte al giorno levava la fascia per fare linquefare su quello un grosso pezzo di ghiaccio. Sin qui pertanto nulla di nuovo troviamo nell'osservazione del chirurgo di Gotha, che già innanzi non fosse stato praticato o pensato dai nostri; perfino il miglioramento notabile, malgrado che la compressione fosse fatta in modo irregolare, era stato veduto da Guattani in uno de' suoi infermi (2): aggiungasi che una malattia febbrile intercorrente pare abbia salutarmente contribuito nella guarigione del malato del Brückner suddetto. Nondimeno tale osservazione è di molta importanza nella storia della terapeutica degli aneurismi, avendo egli immaginato un torcolare anulare, cioè un anello di ferro, composto di due metà articolate, con il quale comprimeva la femorale alla metà della coscia (3).

Ecco dunque che in breve tempo la compressione indiretta sbarazzandosi de' mezzi accessorj, e questi non reputando più di quello che realmente valevano, si andava formando come *metodo distinto*. Se l'intiera separazione venne poscia, ciò non vuol dire che allora

(1) Sopra gli aneurism. degli articoli inferiori ed in particolare del poplite In: *Flajani*, Nuovo modo di medicare alcune malattie. Roma 1786 p. 70, 74, 48.

(2) Hist. XIV.

(3) *Loder*, Journal für Chirurgie und Geburtshülfe. Jena 1797 I 252.

soltanto il metodo fosse *creato*: esso sorgeva dal momento che il GUATTANI ai noti mezzi di cura aggiungeva l'altro di rallentare il corso del sangue verso il tumore aneurismatico, ed il FLAJANI poneva le condizioni di cotesto rallentamento. Laonde la seconda epoca nella storia della compressione indiretta, che il BROCA chiama di *creazione*, più giustamente deve dirsi di *separamento* o di *disgiunzione*.

Ma prima ancora che si perfezionasse nella teorica e ne' mezzi, divenisse metodo agevole e sollecito, la compressione indiretta soccombeva sotto la *legatura*, che celebrata da uomini di somma riputazione nella chirurgia, raccomandata da seducente dottrina e dal prestigio dall'atto operativo blando e spedito, parve la più eccellente maniera di cura degli aneurismi. Ma più di tutto nocque alla compressione la persuasione che l'aneurisma non poteva guarire se l'arteria non veniva obliterata e convertita in sostanza legamentosa per certa porzione sopra e sotto il luogo in cui cadeva il laccio, la lacerazione o la ferita. Lo SCARPA, il più valoroso sostenitore di questa dottrina, voleva che le pareti dell'arteria venissero condotte per mezzo dell'allacciatura a mutuo contatto, affinchè fra loro aderissero *in forza d'un certo grado d'infiammazione adesiva*. Ma sì valida pressione non potendo essere generalmente tollerata, venne di conseguenza la necessità di agire direttamente sull'arteria sia, come fecero l'ASSALINI, il SOLERA ed il CATANOSO con compressori mettallici (1): ovvero come il CHIARI, il quale al cilindretto ed al largo nastro dello SCARPA, già per se stessi strumenti di pressione, aggiunse un premiarteria che dovea tenere stretto e come immorsato il laccio (2). Mezzi tutti che, comunque in apparenza diversi, hanno in fine per molta parte i medesimi inconvenienti; aggiungendosi inoltre pei compressori la difficoltá di tenerli nella giusta direzione e profondità (3). Per lo stesso

---

(1) *Assalini*, Manuale di Chirurgia T. I p. 103 — *Soleri*. Osservaz. sopra l'amputazione. coll'esposizione e la descrizione di un nuovo strumento utilissimo per arrestare l'emorragia de' grossi vasi. Genova 1814. — *Catanoso*. Cenno di due operazioni di grande interesse alla medicina operatoria riferite dal Prof. sostituto Antonio Barba. Messina 1844. Il Catanoso inventava il suo compressore, che in sostanza è una tanaglietta a molla, nel 1819.

(2) Archivj di Medic. e Chir. Napoli 1828 I 86. — Atti del Congresso di Napoli A. 1845. A cotesto premiarteria il Chiari diè il nome di *Ciappola*.

(3) Gl'incovenienti della molletta compressiva dell'Assalini furono avvertiti dal Monteggia (Istit. chir. I 147), dal Cumano (An. un. di Med. 1817 III 308), sebbene l'avessero in qualche

motivo andò dimenticata, benchè ingegnosissima, la macchinetta di Rosario Gianfala per render facile e sicura l'operazione dell'aneurisma (1).

A dir vero per altro la legatura non bandiva affatto la compressione dalla terapeutica degli aneurismi; soltanto ne limitava l'applicazione, ne faceva un espediente di eccezione, essa regnando come metodo generale (2). Lo Scarpa negli aneurismi poplitei faceva precedere la compressione alla legatura; e a questa quella associava per frenare le correnti di rigurgito negli aneurismi delle arterie del piede e della mano. Lo Scarpa anzi persino teneva che l'aneurisma potesse guarire anche diminuendo semplicemente il lume del tubo arterioso: «codesto angustamento rallenterà alquanto l'urto della colonna del sangue per entro e di contro il sacco aneurismatico, e darà luogo quivi alla formazione degli *strati cotennosi* (coagoli attivi di Broca) i quali mano a mano ingrossandosi, impediranno l'incremento del tumore, e fors'anco offriranno infine alla natura l'opportunità di eseguire quel modo di cura che dicesi spontanea (3)». Ma quest'era compenso non da procurarsi dall'arte, ma da attendere come insperato avvenimento ne' casi in cui il laccio non vàlesse a far subire all'arteria sufficiente grado d'infiammazione adesiva per chiudersi. Anche il Vaccà faceva notare che dagli esperimenti insti-

---

caso con buona fortuna adoperata. Il dott. Brutti pure se ne valse felicemente nel 1831 in un vastissimo aneurisma popliteo; quindi in altro pure del poplite nel 1836: e questa credo sia stata l'ultima volta che lo strumento del valente chirurgo militare abbia servito (An. suddet. LVIII 263 — Gaz. med. di Milano 1842 p. 86).

(1) Nuova macchinetta per render facile e sicura l'operazione dell'aneurisma. Napoli 1826 — Lo Scarpa negli Archivj di Med. e chir. di Napoli (A. 1828. T. I p. 13) scrivendo al medesimo Gianfala dicevagli che la sua macchinetta in confronto di altri consimili strumenti aveva il vantaggio che applicata non cambiava posizione, nè gravitava più del dovere sull'arteria e sul fondo della ferita; ma non per ciò credeva si potesse preferire alla legatura, interposto il cilindretto fra il nastro e l'arteria.

(2) «La compression curative (scriveva p. e. il Rossi negli *Èléments de Médecine operatoire* T. II p. 269) peut mériter la préférence pour le traitement avec heureux succès de l'anévrisme cystique commençant» cioè dell'aneurisma vero, o non traumatico. E prima ancora il Penchienati, pur di Torino, avea raccomandato di cominciare con la compressione la cura degli aneurismi esordienti od ancora piccoli: a tal fine egli proponeva un torcolare, il quale premendo intieramente sul tumore e sulla opposta parte, concedeva che ai lati il sangue liberamente circolasse (Mem. de l'Acad. des Sciences de Turin A. 1784-85 p. 144).

(3) Mem. sulle principali legature degli arti con appendice. Pavia 1817.

tuiti dal PANIZZA per commissione dello SCARPA, e dai proprj risultava non essere necessario, per impedire il corso del sangue in un'arteria, di far combaciare le pareti di questa; nondimeno a lui pareva di non abbandonare la pratica della stretta allacciatura, affine di ottenere l'*obliterazione dell'arteria per inosculazione vascolare* (1). Il MONTEGGIA per diverse ragioni trovava preferibile la compressione indiretta all'altra fatta sul tumore; ma a lui, che la tentava in un caso, non riusciva; onde che avrebbe voluto la medesima come mezzo disponente la coagulazione del sangue da ottenere poscia con l'injezione di qualche astringente (2). PALLETTA servissi pure della fasciatura alla GUATTANI, e n'ebbe in due casi (coadjuvando il lungo riposo) ottimo risultamento: ma egli non migliorò cotesta pratica; anzi più che sulla compressione indiretta, pare contasse sull'efficacia di quella fatta sovra lo stesso tumore (3). LORENZO NANNONI pochissimo credeva vantaggiosa la compressione sopra il tumore aneurismatico, e se mai di qualche utilità esser dovesse la *proponeva piuttosto in luogo sano, e nella parte più alta:* ma questo consiglio non ebbe forza di precetto, nè larghezza di metodo (4).

La compressione indiretta mantenevasi maggior tempo nel luogo che le fu culla, e vide i primi suoi trionfi. Il FLAJANI a Roma proseguiva a tenerla in riputazione, dichiarandola il metodo più blando, il meno doloroso e non di rado abbastanza efficace per la radicativa guarigione anche degli aneurismi spurj del braccio (5). Similmente il Prof. GIUSEPPE SISCO, primo professore di Clinica chirurgica nell'Università di Roma, annunziava nel 1817 d'aver guarito con la compressione della crurale un aneurisma dell'arteria poplitea sinistra, e due altri nella piegatura del cubito, uno de' quali arterioso-venoso, comprimendo sul tumore stesso (6). Nel primo caso servì un compressore ad arco, che poscia anche dal MENICI di Pisa, per con-

---

(1) Lettera al Prof. Scarpa (An. un. di Med. 1820 XV 137, 158).

(2) Istituz. chir. I p. 138 §. 793.

(3) Osserv. anat. patol. sull'aneurisma (Giorn. per servire alla storia della Medic. Venezia 1796 p. 57 oss. 8 e 9).

(4) *Mazzoni*, Discorso accademico in lode del Prof. Lorenzo Nannoni. Firenze 1812.

(5) Collez. d'Osserv. chir. II 41.

(6) Saggio dell'Istituto clinico romano. (I e II Anno scolastico) Oss. I e II Roma 1817.

siglio del VACCÀ, venne adoperato (1): negli altri due la fasciatura del GENGA e il ponticello di BOURDELOT. La prima storia del SISCO è importante anche per ciò che, sebbene dopo 6 mesi il tumore aneurismatico si fosse rinnovato, consecutivamente a molte fatiche e sforzi sostenuti dall'infermo, ed avesse toccato maggior mole di prima, la compressione mostrossi nuovamente efficace, e tanto da addurre (mentre pareva non fossevi altro rimedio che l'amputazione della coscia) stabile guarigione (2). E ciò pure ottenne con eguale mezzo l'anno dopo lo stesso Professore in altro caso di aneurisma nel poplite destro (3).

Il Prof. BAROVERO di Torino proponeva un compressore elastico, a foggia di quello che si usa per contenere le ernie riducibili, per la cura dell'aneurisma dell'arteria femorale, là dove non v'ha più luogo a legare il vaso superiormente (4). Questa proposta, che anche fu fatta dal MONTEGGIA per limitare la compressione sulla crurale nel caso di aneurisma della poplitea, poteva dare la spinta a nuove applicazioni della compressione indiretta: ma non fu così. Il Dott. VITTORE FABRIS, ad esempio, guariva con la fasciatura un grosso aneurisma al poplite; ma la pressione egli la faceva sul tumore, applicandovi eziandio sostanze astringenti, affinchè, *ponendo un ostacolo al maggior dilatamento del sacco, il sangue ivi raccolto avesse a poco a poco a coagularsi* (5). Con ciò tornavasi addietro: ma per buona ventura poco dopo il Dott GIO. PAOLO CUMANO riponeva il metodo della compressione sulla buona via. Pubblicava egli nel 1829 la storia ragionata d'un aneurisma popliteo guarito col mezzo della compressione, esercitata al di sopra dell'arteria femorale superficiale al suo passaggio attraverso il terzo adduttore, mediante una mac-

---

(1) *Menici Ranieri*, Osservazioni sull'aneurisma. Pisa 1824 p. 17.

(2) Saggio sud. p. 49.

(3) Saggio dell'Istituto clinico romano (III e IV anno scolastico). Roma 1820 p. 17. — Nel successivo Rendiconto o Saggio il Prof. Sisco dava la relazione dello stato anatomico dell'arteria poplitea già aneurismatica, e cinque anni prima guarita mediante la compressione: la crurale era pervia sino al sito dove fu l'aneurisma, insieme colle arterie articolari doppiamente dilatate dal suo natural calibro (Saggio dell'Istituto clinico Romano. V, VI e VII anno scolastico 1820-22. Roma 1822).

(4) An. un. di Med. 1818 VII 49.

(5) An. un. di Med. 1823 XXVIII 151. La compressione non operò sola; vi si aggiunse il riposo e la dieta severissima.

chinetta compressiva fatta conforme a quella inventata dal Prof. Dupuytren (1). La guarigione fu sollecita e stabile: l'uomo avea 48 anni e l'aneurisma era spontaneo. Il torcolare non agì in 8 giorni permanentemente che per 32 ore, delle quali 4 sole, a 2 per giorno, furono di esatta e valida compressione a segno di non sentire pulsazione alcuna nel tumore. Con molta premura il Dott. Cumano s'adoprava di mostrare (tanto allora gl' insegnamenti dello Scarpa erano fitti nelle menti) come il metodo della compressione equivalga per il suo buon effetto, in certi casi, a quello della legatura temporanea, con cui ha più analogia che con la permanente. Faceva altresì opportunamente notare , che se i risultati ottenuti dalla compressione fatta con il vecchio metodo del Guattani non furono molto felici , quest'era effetto del maggior o minor ostacolo che apportava la fasciatura circolare dell'arto alla circolazione cutanea e collaterale, oltre agl'incovenienti risultanti dalla diretta compressione sul tumore aneurismatico. Il perfezionamento del metodo venne quando con ingegnosissimi torcolari la compressione fu limitata ad una sola porzione dell'arteria sana al di sopra della sede della malattia. La narrazione del Cumano era importantissima, nondimeno non fruttificò, siccome niun frutto diedero in Francia le osservazioni di Dubois, Viriel, Dupuytren, Delmas, Guillier, Latonche.

Il compressore ad arco articolato del Signoroni (cioè formato di due branche curve che ad un'estremità portano ciascuna una pallottola, all'altra si congiungono per un'articolazione a ginglimo, che per mezzo d'una vite possono in varia misura allargarsi e restringersi) era mezzo opportunissimo per arrestare ed allentare il corso del sangue nelle arterie degli arti senza ottundere la sensibilità dell' intiero membro, o strozzare i tessuti circostanti al vaso compresso (2). E ciò specialmente dopo che il Prof. Rizzoli facendo mobili le pallottole, o cuscinetti ne rendeva più comoda l'apposizione alle parti e più sicuro l'effetto (3). Ma nè l'invenzione di quest'ordigno di *forza e di movimento,* nè le utili modificazioni fattegli appresso,

---

(1) An. un. di Med. 1829 LI 74.

(2) *Signoroni*, Sopra il nuovo compressore delle arterie (An. un. di Med 1838 LXXXVIII 352).

(3) Bullett. delle Scien. med. Bologna 1841 XI 73.

nè l'altro compressore del Biagini (1) valsero a fare risorgere la compressione indiretta. Neppure valsero le guarigioni di due aneurismi falsi dell'arteria brachiale ottenute dal Bresciani con lo strumento del Signoroni, *applicato al di sopra del tumore* (2). Quest'opera di ristaurazione era destinata ai chirurghi irlandesi. e da loro il metodo della compressione indiretta ebbe tale spinta da poter emulare quella stessa allacciatura, da cui già esso era stato quasi sul nascere vinto e sommesso. Innanzi di toccare questo nuovo stadio della compressione *indiretta* giova ricordare alcuni casi, oltre i mentovati, ne' quali servì la compressione *diretta* e che per qualche nota si distinguono dai comuni.

Il Guattani fu sì fortunato da potere non solamente frenare l'onda del sangue di inciso aneurisma inguinale, ma anche per mezzo della compressione di guarirlo. Il Buzani, chirurgo dello Spedale di S. Maurizio e Lazzaro di Torino, nella seconda metà del secolo andato, curò in un caso felicemente l'aneurisma falso consecutivo alla piegatura del braccio, aprendo il tumore, ma senza allacciarlo in verun modo, e comprimendo l'esterna ferita con graduata serie di piumacciuoli che si allargavano ascendendo. Due consimili guarigioni, in aneurismi falsi primitivi, ottenne il Garneri nel 1796 e 1798; nell'uno dei due casi (cosa degna di riflessione) l'arteria era già chiusa al 5° giorno (3). Andrea Vaccà con semplice ed ingegnoso apparecchio compressivo guariva un aneurisma dell'arteria palatina, situata vicino all'arco alveolare e che inavvertentemente era stato aperto (4). Con rotoli di filacciche, graduate compresse e adatta fa-

---

(1) *Biagini Pietro*, Sopra un nuovo compressore delle arterie (Bullet. Scien. med. Bologna 1846 IX 305). Il compressore del Biagini non è che una variante di quello del Signoroni nel quale libera è l'articolazione delle branche, e con una piastra a doppio compressore per meglio adattarla alla diversa direzione delle arterie. — Un particolare strumento per comprimere l'arteria succlavia, dopo che ha oltreppassata la clavicola, venne proposto dal Dott. Paolo Fabrizj (Archivj di Med. e Chir. 1829 II 201).

(2) Saggi di chirurg. p. 201.

(3) *Bertrandi*, Operaz. chirurg. nuova ediz. Torino 1802 III 208. — Lo stesso Garneri pubblicava nel *Bulletin des Sciences médicales* di Parigi (T. VIII p. 165) « l'Observation d'une tumeur stéatomateuse d'un aneurisme enkysté, et reflexions sur les avantages de la compression pour la cure de cette dernière maladie ».

(4) *Betti*, Note all'istoria delle principali operazioni chirurgiche di Sprengel. Firenze 1816 II 288.

sciatura otteneva il Dott. Bedeschi il rimarginamento dell'arteria subclavia lacerata da colpo di arma da fuoco, essendo pure rotta la clavicola (1). Parecchi altri fatti consimili, ma più recenti, avremo occasione di notare un po' più innanzi (Vedi Cap. 29). Intanto piacemi di rammentare che il Rossi di Torino, essendo stata ferita la jugulare interna sinistra, ne otteneva il rimarginamento mediante la compressione fatta da assistenti, che continuamente si succedevano (2). Il qual fatto ricorda pur l'altro narrato dal Gattinara con queste parole: «Vidi in quodam scholari robustissimo qui ludens cum socio cum ense fuit vulneratus in vena *guidez* (jugulare), et emisit plusquam 20 libras sanguinis intantum quod nunquam potuit consolidari, nec reperiri potuit ingenium aliquod in consolidando nisi ut unus teneret continue digitum comprimendo ne sanguinis egrederetur tanto tempore quo fatigaretur: deinde alius adveniebat quousque fuit facta consolidatio post magnos labores (3)». Il suddetto Prof. Rossi guariva un'aneurisma vero, o *cistico* com' ei lo chiamava, del tronco comune della carotide sinistra prodotto da causa meccanica in un giovane mediante due lamine elastiche, di cui l'una più lunga comprimeva il tumore, l'altra più corta poggiava sull'apofisi mastoidea del lato opposto, e che poi si univano e stringevano per mezzo di vite nel vertice del capo (4).

---

(1) An. un. di Med. 1820 XIII 152.

(2) Élements de Médecine operatoire. Turin 1806 I 29.

(3) In Nonum Almansoris. Papiae 1519 fol. 12. Cura Apoplesiae.

(4) Op. c. I 217, II 268. Nell'opera stessa il Rossi descriveva un compressore per l'arteria mammaria interna (T. II p. 280).

(*Capo* 28.°)

LA COMPRESSIONE MANUALE, E LA STRUMENTALE, O MECCANICA.

Gl'italiani che aveano dato all'arte chirurgica il metodo della compressione indiretta, doveano anche perfezionarlo. Il Prof. Tito Vanzetti, messi da parte gli apparecchi meccanici, gli archi metallici, le pallottole, le viti gradatamente prementi ed ogn'altro complicato ordigno, bandì essere le dita il mezzo più naturale per comprimere le arterie, e la compressione *manuale* più utile e più efficace di ogn'altra che sia. Il primo sperimento di tal genere, da lui fatto nel 1846 nello spedale di Karkoff nell'Ukrania, in un caso di aneurisma popliteo non ebbe buon risultato; e l'arteria venne allacciata. Non iscoraggiatosi perciò, rinnovava nel principio del 1854 la prova, essendo Professore a Padova, in altro caso d'aneurisma nel poplite; e la prova fu felice. A questa ne seguiva altra, per consimile accidente, l'anno appresso; quindi nel 1856 la splendida guarigione di gravissimo aneurisma dell'arteria oftalmica ottenuto dal Prof. Gioppi. Cimentata anche fuori di Padova, a Milano, a Verona, a Torino, a Firenze, cotesta maniera di compressione di altri cinque trionfi s'arricchiva. Ecco indicate le predette osservazioni per ordine di tempo.

N.	ANNO	OPERATORE	LUOGO	QUALITÀ E SEDE DELL'ANEURISMA.	ESITO	FONTI BIBLIOGRAFICHE
1	1846	VANZETTI	Karkoff	nel poplite	senza frutto	VANZETTI, Priorità del metodo di curare gli aneurismi colla sola mano dovuto alla Scuola di Padova. — 1 Marzo 1858.
2	Novembre 1853	»	Padova	nel poplite, spontaneo	guarigione	Gaz. des Hôpit. 1857. — An. un. di Med. 1858 CLXIII 667.
3	» 1855	»	»	» »	»	Gaz. des Hôpit. 1857. — An. un. di Med. 1858 CLXIII 667.
4	Luglio 1856	GIOPPI	»	dell'oftalmica, spontaneo	»	Giorn. d'oftalmol. Torino 1858. I 138 — *Samabod*. Sopra un caso pratico di exoftalmo per aneurisma dell' ottalm. Dis. Inaug. Padova 1857.
5	Agosto 1857	GHERINI	Milano	varicoso nella piegat. del braccio.	»	An. un. di Med. CLXIII 98.
6	Settembre 1857	GELMI	Verona	nel poplite, spontaneo	»	VANZETTI, Priorità del metodo di curare ecc.
7	Maggio 1858	RIBERI	Torino	nel 3° inf. della crurale, spontaneo.	»	Gaz. med. Stati Sardi. Torino 1858 p. 145.
8	Aprile 1858	SCARAMUZZA e SCUDELLARI	Verona	dell'oftalmica, spontaneo	»	VANZETTI. La main seule dans le traitement des anevrysmes externes. Padoue 1858. — Secondo caso di aneurisma dell' arteria ottalmica guarito colla compressione digitale della carotide. Pad. 1858.
9	Maggio 1858	RANZI	Firenze	traumat. della brachiale	»	Lo Sperimentale 1858 II 97

Se il Prof. Vanzetti non è il primo che abbia posto la mano in luogo dei torcolari per comprimere i tumori aneurismatici, e se neppure fu il primo a conseguire buoni risultamenti da questa pratica; nondimeno non altri prima di lui se ne giovò come *espediente proprio e diretto* nella cura dell'aneurisma; lo stesso Knight di New Haven, che nel 1848 guariva un grosso aneurisma popliteo comprimendo con le dita la femorale sul pube, non si accinse a questa pratica che dopo aver provato inutilmente, non essendo tollerati, gli altri mezzi di compressione (1). Niuno poi come il Vanzetti ha avuto l'intendimento di ridurre la compressione sostenuta dalla sola mano *a metodo regolare, costante ed unico da seguirsi nella cura di qualunque aneurisma chirurgicamente guaribile.*

La compressione manuale, che a questo modo ci appare tanto moderna, è vetustissima, o per meglio dire noi la troviamo fin dai primi momenti nell'arte senza sapere chi ve l'abbia introdotta, se la consideriamo semplicemente come mezzo per frenare l'emorragia. La qual cosa naturalmente dovea succedere, l'istinto movendo il dito o la mano contro il luogo da cui spiccia il sangue: il nostro Giovanni Vigo avea detto benissimo che il dito, il quale comprime il vaso ferito, *viam oppilat* (perchè *constricto sanguine, interdum gutta sanguinis super foramine venae coagulare solet*), *et sic prohibet sanguinis ingressum* (2). Quando poi alla fine del secolo XVII, siccome dal Moreau venne fatto, le dita furono adoperate nella cura dell'aneurisma, la pressione non era come oggidì *indiretta,* bensì *diretta.*

Mentre i predetti fatti venivano pubblicati, della compressione manuale si studiavano gli effetti, e se ne indagava il modo di azione, confrontando la medesima con l'altra che si ottiene per mezzo di meccanici artifizj (3), Le riflessioni, che in proposito faceva il Ranzi, sono per acume e saggia critica degne di considerazione. Egli conchiudeva, che il

---

(1) Transact. of. Amer. med. Association. Philadelphia 1851 IV 236. — *Broca* Op. c. p. 806.

(2) Practica. Lib. III Cap. II. Lugduni 1561 p. 428.

(3) *Sçarenzio,* Aneurisma traumatico popliteo, curato con la compressione dell'arteria femorale comune (An. un. di Med. 1856 CLVIII 559). — *Dichiara Franc.*, Sulla compressione diretta ed alternante qual metodo di cura per gli aneurismi esterni. Palermo 1858. — *Asson,* Lettere al Prof Vanzetti sopra due aneurismi traumatici, l'uno alla parte superiore della gamba guarito con la compressione indiretta digitale, coadjuvata dalla strumentale, l'altro alla piegatura del braccio con la sola strumentale (Gaz. med. Prov. Venete A. 1859).

principale pregio della compressione manuale sta nel suo modo di azione; la quale venendo da una macchina, che non ha potenza costante e regolare, nè facilmente dominabile (la mano e le mani per variare di posto, per la stanchezza ecc. non potendo sempre comprimere con la medesima forza), necessariamente non può opporre ostacolo uguale e continuo al corso del sangue. Ma con tali condizioni si raggiungono i fini della compressione meglio che adoprando gli strumenti della meccanica; la quale appunto, per padroneggiare più sicuramente e più costantemente la corrente sanguigna, ha un'azione troppo uniforme per essere dagl' infermi sopportata (1). Similmente il Prof. G. Marcacci, analizzando le storie di 21 casi in cui la compressione fatta indirettamente e mercè le dita venne adoperata, ne inferiva questa essere superiore alla strumentale, sia considerata in rapporto al tempo impiegato per condurre a guarigione un'aneurisma, sia in rapporto agl' incovenienti ed ai danni che vi vanno uniti (2). Ma lo stesso Ranzi mentre si rallegrava che l'arte si fosse fatta doviziosa con la compressione manuale di un mezzo di più per comprimere, e di un mezzo molto efficace, non voleva per altro che quella, bandita affatto la compressione strumentale, fosse elevata a metodo unico ed esclusivo: essa invece non è che un processo del quale neppur devesi fare improvvido abuso. Il metodo da cui essa parte è fecondo di molti compensi, ed il chirurgo deve di essi giovarsi con quel senno, con quella larghezza di modi ed ampiezza di cognizioni, che sono necessarie per conseguire il fine desiderato

Quantunque sorta da breve tempo, la compressione manuale era già stata nel 1858 trovata non sempre tanto sicura, nè tanto blanda come con entusiastica pompa la si andava celebrando. Che il chirurgo abbia da anteporre, ovverossia, cimentare tale sussidio, siccome raccomandava il Prof. Burci, nella cura dell'aneurisma esterno, innanzi di correre ad altre operazioni più gravi e pericolose, è senza dubbio prudente consiglio (3); ma allorchè si giungesse a credere che, quell'espediente fallito, il metodo della compressione non abbia più altri prov-

(1) Osservaz. di aneurismi traumat. ecc. Op. cit.

(2) Settantatrè nuovi esperimenti ecc. p. 143.

(3) *Burci*. Sopra due casi di aneurisma curato e guarito col mezzo della compressione digitale (Lo Sperimentale 1863 XII 481).

vedimenti, tornerebbesi ad aprire (nell' infortunio di un processo abusato confondendo la virtù e potenza di un metodo) il campo all' allacciatura e confessare la medesima, nuovamente dimenticatine i pericoli, il mezzo di più larga applicazione ed efficacia.

Ben compreso di questi principj, ed esperto dei molteplici modi con cui il metodo della compressione può mettersi ad effetto, il Prof. Rizzoli nel corso di oltre trent'anni poteva conseguire splendidi risultamenti. In 23 casi di aneurisma la compressione fallì 5 volte, per 3 non impedì la recidiva, in 15, cioè 71 e mezzo su 100, addusse in tempo diverso perfetta guarigione, rimanendo persino in 3 casi pervia l'arteria. Un aneurisma arterioso venoso della brachiale per lo stesso modo pienamente guariva; un altro pure arterioso venoso all' inguine venne notabilmente migliorato. Cotesti buonissimi effetti li otteneva il Rizzoli soltanto con la compressione meccanica, o se si giovò della manuale, questa contribuì, ma non comprese la cura; in qualche caso ancora venne sussidiata dalla dieta tenue e dall' uso della digitale. Non già che il chirurgo di Bologna avversi nel comprimere le arterie aneurismatiche l'opera della mano, riguardando anzi la medesima per compenso preziosissimo in molti ed anche assai gravi accidenti; ma perchè nella compressione meccanica trovò, sapendone opportunamente variare i modi, persistendo ragionevolmente ora nell'uno, ora nell'altro, gli espedienti adatti ai diversi casi. Così, non potendo servirsi in un caso di aneurisma inguinale del torcolare da amputazione, da lui già ridotto in altra occasione a semplice compressore delle arterie, giovavasi di un compressore a sigillo, sostituendo alla comune pallottola un cuscinetto a mezza luna, o leggermente convesso. Con questo semplicissimo mezzo otteneva la guarigione di altro aneurisma inguinale e di uno popliteo (1). Nelle numerose storie riferite dal Prof. Rizzoli noi vediamo quanto complicate siano le con-

---

(1) *Rizzoli*, Risultamenti ottenuti col metodo della compressione nella cura di alcuni aneurismi esterni (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1859 IX 481). — Guarigione di due voluminosi aneurismi inguinali e di uno popliteo ottenuto mediante un semplicissimo mezzo di compressione Ivi 1864 III). — Nuovi fatti in favore del metodo di compressione pella cura degli esterni aneurismi e particolari norme ed avvertenze tenute nell' eseguirla (Ivi 1865 V). — Queste tre memorie quindi riassunte dallo stesso autore nell'altro lavoro « Della compressione o di altri mezzi chirurgici adoperati nella cura di varj esterni aneurismi nel corso di oltre 30 anni (Bullet. Scien. med. di Bologna 1867 III. — Collez. di Mem. chir. 343).

tingenze cliniche, quanto varie le condizioni de' soggetti infermi, come improvvisi i mutamenti e nuovi gli effetti, che accadono, o seguono nel corso de' morbi; donde la necessità di variare i mezzi, di riunirli, quando separati siano insufficienti, di sostituire l'uno all'altro opportunamente, allora che la perseveranza abbia raggiunto quel termine, oltre il quale sarebbe ostinazione, ed il variare non è più volubilità.

Il Prof. Vanzetti, che naturalmente più di tutti dovea tenersi saldo nel mostrare la compressione fatta mediante le dita bastare nella cura degli aneurismi, ricorreva ad altri espedienti ed alla legatura, quando la medesima era mal tollerata, od insufficiente (1). La compressione manuale, che talora in poche ore, può dirsi anche in minuti, fa cessare i battiti nel tumore, tal altra tarda tanto (nè di questa differenza possiamo in ogni caso trovare la ragione), da doverla continuare parecchi giorni di seguito: la qual cosa richiedendo l'ajuto di volenterosi e capaci assistenti, è grande ostacolo perchè mezzo così naturale di cura si possa diffondere, ed in qualunque luogo e momento applicare. Ed a proposito del diverso tempo che occorre perchè la compressione della mano riesca efficace, il Prof. Vanzetti, comunicando alla Società chirurgica di Parigi sette casi di aneurisma da lui curati con la compressione manuale negli anni 1863 e 1864, diceva: « On ignore toujours comment un anévrysme se comportera en présence de la compression. Quelques malades guérissent en six ou huit heures; pour d'autres il faut dix ou douze jours; chez quelques uns on échoue complétement (2) ». In due casi di aneurisma popliteo, ne' quali la compressione manuale era difficile e laboriosa, il Prof. Palamidessi sovrapponeva alla coscia una pesante doccia di piombo, che nel mezzo della concavità avea una cresta o carena tondeggiante affine di premere lungo l'asse dell'arteria, e parallelamente alla medesima per lo spazio di 4 o 5 linee. Con siffatto artificio (che può

---

(1) Cinque nuove osservazioni di cure di aneurismi (Gaz. des Hôpit. Nov. 1862).

(2) Gazet. des Hôpit. 8 Oct. 1864. — Altri due casi di rapida guarigione di aneurismi mediante la compressione digitale, sono esposti dal Prof. Vanzetti nelle *Communications* alla Societa predetta nell'anno 1867: l'uno traumatico dell'arcata palmare superficiale in 30 minuti era guarito dal Vecelli di Treviso; l'altro spontaneo della femorale in meno di 10 ore dal Dott. Vigna di Venezia (Paris 1868 p. 13 e 16).

venire supplito più comodamente ancora da compressori articolati tra loro vicini) chiudevasi nel primo caso il tumore aneurismatico ribelle alla compressione manuale, nel secondo la compressione diveniva agevole d' impossibile che era (1). Ma, oltre che averle congiunte per vicendevole ajuto, il Prof. Palamidessi faceva le predette forme di compressione eziandio coadjutrici della legatura, quando questa fosse indispensabile; principalmente con lo scopo di ottenere, soffermando il sangue tra il punto della compressione ed il laccio, un solido coagulo valevole a sostenere l' urto della colonna di sangue che gli sovrasta (2). Lodevole pratica, prima ancora che ne fosse fatta speciale raccomandazione, usata; ma che non sempre può mettersi ad effetto. E cotesto variare, secondo che necessità vuole, i modi di compressione il Palamidessi raccomandava anche ne' suoi ultimi insegnamenti. Ei diceva a' suoi scolari. « Se la compressione digitale e strumentale non valgono a guarire una aneurisma, aprono sempre le vie collaterali, e fortunato e sagace potrà dirsi il chirurgo, che prima di allacciare un'arteria cospicua, avrà potuto per qualche tempo mettere in pratica l'uno o l' altro degli accennati espedienti (3) ». Ed in questa sentenza concorreva altresì il Prof. Tito Livio De Sanctis dando per regola *di far precedere al metodo di allacciatura quello della compressione digitale, in modo che formino insieme un metodo unico misto* (4).

Più addietro (Cap. 7) fu fatto cenno della compressione manuale nella cura de' flemmoni e di consimili malattie: ma a quest'applicazione fa ostacolo che le parti infiammate il più delle volte mal tollerano qualsiasi pigiamento; e che la compressione in quel modo praticata esige l'opera paziente di non pochi ajuti. Inoltre l' infiammazione non è processo di tale qualità che sempre basti impedire l'afflusso del sangue per ottenerne la risoluzione.

---

(1) Lo Sperimentale 1865 XVI 163, 1866 XVII 321.

(2) « La compressione strumentale e digitale, oltre risanare gli aneurismi, esercita altre influenze benefiche nelle lesioni morbose, e specialmente traumatiche dell' albero arterioso (Lo Sperimentale 1866 XVIII 47) ».

(3) Insegnamenti di chir. prat. p. 101.

(4) Il Morgagni 1866 p. 405.

(*Capo* 29.°)

ALTRI SUSSIDI COMPRESSIVI. — LA FLESSIONE ED ESTENSIONE FORZATA. L'AGOPRESSIONE. STUDIO ANALITICO E STUDIO SINTETICO DELLA COMPRESSIONE.

Alla compressione indiretta giova altresì, non soltanto quel modo di dietetica e que' farmaci che valgono a scemare la soverchia potenza diastolica dell'arteria, ma anche la compressione *diretta*. E di ciò un bellissimo esempio ne reca il Ciniselli in quel caso di aneurisma dell'ascellare consecutivo a ferimento, nel quale la compressione indiretta della subclavia fatta mediante le dita sulla prima costa non adopravasi che per un quarto d'ora, una o due volte al giorno, perchè non era di più tollerata; la pressione diretta essendo invece continua su tutta la parte libera del tumore, per mezzo di morbida spugna ammollita ogni giorno con acqua fresca e sostenuta da conveniente fasciatura. La guarigione non avvenne che dopo quattro mesi e mezzo, ma fu stabile (1). Più manifesta ancora appare l'efficacia della compressione *diretta*, fatta con il medesimo mezzo della spugna nell'altro caso di aneurisma falso traumatico della carotide primitiva sinistra, contro il quale non avea servito la pressione delle dita ripetuta più volte al giorno per tre settimane. Niun altro sussidio venne dal Ciniselli adoperato: il malato (giovane di 22 anni) stava alzato tutto il giorno, usava dieta discreta ed anche vino: durante il sonno la compressione veniva interrotta. Dopo tre mesi il tumore, che avea il volume d'una grossa noce, non era di più d'una nocciuola, quindi non lasciava che un piccolo nodo duro ed ineguale, restando pervia l'arteria (2). La spugna sì opportunamente e con tanta fortuna usata dal chirurgo di Cremona fa sovve-

---

(1) Bullet. delle Scien. med. Bologna 1865 XXIV 399.
(2) An. un. di Med. 1867 CXCIX 351

nire della *spongia* bagnata in un liquido aromatico astringente che il Vigo con acconcia fascia applicava all' *undimia* od apostema fredda (1). Un aneurisma traumatico della radiale, grosso poco meno che un arancio, venne guarito, non bastando la fasciatura del Genga, con più gagliarda compressione fatta sul tumore stesso mediante un torcolare, consimile a quello del Signoroni, fatto a bella posta costruire dal Costantini. Il qual Professore per altro in un aneurisma popliteo pur giovandosi della compressione immediata, maggiormente si valse dell'indiretta strumentale, appunto perchè questa più di quella era al fatto confacente (2). A tali esempj, oltre gli altri ricordati nel precedente Capo, può aggiungersi il caso di guarigione di aneurisma della carotide sinistra, che il Prof. Pietrocola nel Congresso di Napoli narrò di aver ottenuto applicando sopra il tumore un pezzo di suola da scarpa, ed esercitandovi una compressione graduata e costante (3): l'altro di vasto ed oscuro tumore aneurismatico sul polpaccio, nel quale il Dott. Mazza dovè sovvenire la fasciatura con le applicazioni del ghiaccio per frenare la strabocchevole emorragia (4). Possono altresì aggiungersi i casi di aneurisma varicoso ne' quali la compressione diretta, tanto dal Brambilla (5) e dallo Scarpa raccomandata, fu trovata efficacissima dal Sisco (6), dal Porta (7), dal Rizzoli (8), dal Guarini (9) e dallo stesso Vanzetti (10) ecc. anche dopo che altri mezzi compressivi s'erano mostrati insufficienti. Nel caso del Prof. Rizzoli, dopo tre giorni che fu impresa la com-

---

(1) Practica Lib. II c. 3. — Ricordiamo, perchè generalmente dimenticato, la grave ferita del collo, di cui diede la storia certo Dott. Nuvoletti nel principio del secolo scorso, nella quale sebbene squarciata fosse la carotide, potè frenarsi l'emorragia, tentata invano l'allacciatura del vaso, mercè la compressione, e tanto avventurosamente che salva n' andò la vita (*Sancassani*, Dilucidaz. fisico-mediche. Roma 1737 III 9).

(2) Saggio di clin. chir. per gli anni 1853-55. Roma 1855 p. 167, 169.

(3) Atti del Congresso di Napoli A. 1845.

(4) An. un. di Med. 1855 LII 600.

(5) *De Brambilla Ant.*, De Aneurismate venoso. In: Acta Acad. Josephinae. Vindobonae. 1788 I 79.

(6) Saggio dell' Istit. clin. Romano. Roma 1820, 1826, 1829 — Vedi altri esempj nel Cap. 27.

(7) Della varice aneurismatica (Mem. dell'Istit. Lomb. 1867 X).

(8) Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1859 IX 501.

(9) An. un. di med. 1864 CLXXXVII 587.

(10) Gazette des Hôpit. Nov. 1862.

pressione diretta, il tumore, susseguito a salasso della vena basilica, non pulsava più; l'arteria aneurismatica rimase pervia, la vena invece obliteratasi per mezzo pollice aderiva fortemente all'arteria, ove questa era rimasta perforata dalla lancetta, e ne chiudeva del tutto la ferita. Il Prof. VANZETTI associava la compressione diretta coll'indiretta in questa specie di aneurisma, ponendo ingegnosamente il sacco aneurismatico nelle identiche condizioni di un comune aneurisma arterioso, non aperto cioè in una vena: e peró con una mano comprimeva l'arteria omerale, e simultaneamente col dito dell'altra (o di quella di un assistente) calcava sulla vena basilica dov'era dilatata, traendola alquanto da un lato. Ei fu sì fortunato di ottenere la guarigione in non più di sei ore (1); in altro caso bastarono cinque (2). Per lo contrario al Dott. FRANZOLINI, discepolo del VANZETTI, soltanto dopo 60 ore potè ridurre l'aneurisma arterioso-venoso (che al pari degli altri due era nella piegatura del braccio) allo stato di aneurisma arterioso semplice; nè prima di due mesi la guarigione fu completa (3). Laonde anche quì valgono le riflessioni fatte sul finire del precedente Capo.

La flessione forzata della gamba o del braccio è pure un mezzo valevole per rallentare il corso del sangue, ed anche per fermarlo, comprimendosi in tali posizioni le arterie. Cotesto mezzo che oggi ha ricevuto molteplici applicazioni, e che può entrare, meglio di molti altri, fra i sussidj della medicina o chirurgia preventiva, non è stato trascurato dai nostri chirurghi (4). Più che comprimere direttamente la flessione forzata, secondo che risulta dagli esperimenti del

---

(1) Atti dell'Istituto Veneto. Serie III Vol. VIII A. 1863, — Gaz. des Hôpit. 8 Oct. 1864 Oss. 1ª.

(2) Atti dell'Istit. 1864 Vol. IX. — Gaz. des. Hôp. n. cit. Oss. 4ª — Gaz. med. Prov. Venete 1864 p. 192.

(3) Communicat. à la Société de Chirurgie. Paris 1868 p. 18.

(4) *Botto Lorenzo*, Sulla compressione nella cura degli aneurismi, esterni. Genova 1867. — *Larghi B.*, Osservaz. chirurg. (An. un. di Med. 1868 CII 290 Oss. XVIII). — *Pellizzari Giorgio*, Di un aneurisma popliteo felicemente curato con la compressione ecc. (Bullet. del Museo e della Scuola d'Anatomia patol. di Firenze, Firenze 1869 p. 250.) — *Bruno L.*, Aneurisma traumatico della radiale, in cui la compressione digitale fu senza effetto, guarito mercé la flessione forzata dell'antibraccio. Relaz. del Dott. Spantigati (Giorn. dell' Accad. med. chir. di Torino 1869 VII 117).

Prof. G. Marcacci, produce una compressione indiretta (1). Il nostro Monteggia fin dal principio di questo secolo notava i buoni effetti della posizione elevata del braccio in un caso di aneurisma varicoso formatosi in seguito al salasso, e che guariva senza chiusura dell'arteria (2): pur non ostante quest' espediente come cosa nuova e singolare è stato testè annunziato dagli scrittori de' progressi della Chirurgia francese.

Il Prof. Rizzoli, 18 anni or sono, cioè nel 1851, in un uomo che teneva un tumore aneurismatico nella piegatura del braccio per effetto di esterna violenza, usava l'*agopressura* a questo modo. Col pollice ed indice della mano sinistra afferrata vicino al cubito ed alcun poco sollevata l'arteria in un coi tegumenti, trafisse questi passando sotto a quella uno spillo, sul quale poi girò un cordoncino nella stessa guisa che per la sutura attorcigliata, affine di far toccare le opposte pareti dell'arteria, ed intercettarvi il corso del sangue. Questo semplicissimo processo fu pure adoperato dal Dott. Modonini in caso analogo, e di più con buonissimo effetto (3). Poscia lo stesso Prof. Rizzoli se ne giovava in un malato di aneurisma traumatico al poplite, passando sotto la femorale nel triangolo dello Scarpa, invece dello spillo, la cannula di sottile e robusto trequarti esploratore (4). Ma importa notare che in questo caso l'arteria, del pari che negli altri due, era superficiale. Non pertanto più che negli aneurismi, ne' quali non può servire che in circostanze eccezionali, come appunto le predette, cotesta maniera di compressione può ottimamente servire, e fu già parecchie volte sperimentata, per frenare le emorragie traumatiche quando sia possibile comprendere nel labbro o nelle labbra i due capi dell'arteria recisa, operando nello stesso modo che abbisogna per la sutura attorcigliata (5). Il metodo suggerito dal Prof. Rizzoli,

---

(1) Settantatrè nuovi sperimenti ecc. p. 196.

(2) Istit. chir. Cap. X §. 777-780.

(3) *Rizzoli*, Risultamenti ottenuti col metodo della compressione nella cura di alcuni aneurismi esterni. (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1859 IX 496).

(4) Bullet. delle Scien. med. 1867 III 417.

(5) Ivi 1859 XXII 431. — *Busi Cesare*, Dell'agopressura col metodo del Prof. Rizzoli per la cura degli aneurismi, e delle emorragie da ferita di arterie (Ivi 1868 V 213). — *Berruti L.*, Della sutura attorcigliata nelle lesioni de' piccoli vasi arteriosi. In: Rendiconto clinico dello Spedale Mauriziano. Torino 1860 p. 32.

già usato da altro nostro italiano, il Dott. Pagani di Novara, nella cura delle varici (1), è come si vede diverso dall'*agopressura* proposta posteriormente (nel 1859) dal Simpson di Edimburgo, perciocchè la pressione è nella medesima intieramente affidata all'ago, la legatura mettallica in forma di sutura attorcigliata non essendo stata aggiunta che nel 1864 (2). Piuttosto tiene qualche simiglianza col processo di Malgaigne, nel quale la sutura attorcigliata, stringe un ago passato sotto l'arteria e altri due s'infiggono nel tumore aneurismatico e lo trapassano. Inoltre è da avvertire che il Malgaigne con tal suo metodo misto ebbe principalmente di mira che il sacco si chiudesse, non tanto opponendosi al corso del sangue nel tumore, quanto suscitando coaguli dentro il sacco medesimo: in breve all'agopressione ei metteva innanzi l'agopuntura (3). Ma anche su questa via il chirurgo francese venne in certo modo precorso dal Dott. Filippo Pacini di Pistoja, il quale ebbe in mente di fare dell'agopuntura *una temporaria legatura, che mantenesse in qualche mutuo contatto le pareti interne dell'arteria.* Ei per ciò proponeva di calcare sopra l'arteria longitudinalmente con uno speciale strumento, affinchè restasse piegata sopra sè stessa, quindi con un ago traforava la faccia laterale del vaso in modo da cogliere eziandio la porzione rientrante od infossata del vaso stesso, e comprenderne così in quattro punti le sue pareti: un secondo ago era introdotto in egual modo poco lontano dal primo, facendo poscia una stretta legatura nello spazio interposto tra l'uno e l'altro ago. Il Pacini di questo suo metodo non faceva che un *progetto;* ma ei lo raccomandava ai chirurghi persuaso che il suo metodo, così complicato com'era, racchiudesse *qualche reale utilità* (4).

Finalmente intorno la storia dell'agopressione in Italia dev'essere ricordato ciò che il Petrunti fece in un caso di aneurisma traumatico del braccio, in cui a cagione dell'enorme gonfiezza, dell'infiltra-

---

(1) V. più sotto Cap. 33.

(2) Edinburgh medical Journal 1859 IV 547, 1860 V 645. — Medical Times and Gazette Jan. 1864.

(3) *Malgaigne,* Medec. opérat. Paris. 1861. p. 132, e prima nel Journal de Chirurgie 1846 IV 239.

(4) Progetto di un nuovo metodo d'allacciatura e di agopuntura. In: Nuovo Giorn. de' Letterati Pisa 1836 XXXIII 161.

zione e dei segni di prossimo sfacelo non era possibile legare l'arteria e neppure l'ascellare e la subclavia. Laonde ei passò sotto ed oltre il vaso, mediante un ago da setone, un cordoncino di seta, che strettamente annodava sopra un cilindretto di seta incerata posto lungo il corso dell'arteria stessa. Dopo sette giorni riapparve l'emorragia, la legatura essendosi rallentata, perchè distrutti in parte i tessuti in essa compresi: ma stretta di nuovo, ogni cosa proseguì bene e la malata guariva. Ciò facendo il chirurgo napoletano dice di aver seguito la pratica del suo maestro Amantea, il quale trovandosi in mezzo ad una campagna per riparare all'emorragia dell'arteria brachiale ferita. trapassò da parte a parte le carni con un ago da imballatore stringendo nel punto di sutura con la pelle ed il muscolo l'arteria ed il nervo (1). L'operazione del Petrunti fu in sostanza un modo di *legatura mediata;* nondimeno il Middeldorpf di Breslavia, benchè non operasse punto diversamente dal chirurgo napoletano, volle formare di tale legatura un nuovo metodo che intitolò *percutane Umstechung der Arterien in der continuität:* e ciò nel 1861 (2)!

Cotesto metodo dell'agopuntura e della sutura venne adoperato nella cura di alcuni tumori erettili (3): ma di questi tumori può d'altronde ottenersi la guarigione anche con modi più semplici. Il Dott. Pagani, ad esempio, ne guariva uno che usciva dall'uretra di una donna, attraversando più volte il tumore, grosso quanto un'avellana con un filo di seta e senza stringerne i capi (4): basta anche in certi casi la semplice compressione; anzi il Cavara di Bologna voleva che questa prima d'ogni altro mezzo fosse impiegata (5). Altre volte invece l'angectasia per il volume, o per altri motivi esige, come è facile supporre, espedienti di maggior efficacia (6). Intorno al qual argomento è da vedere appunto la precitata disser-

---

(1) Filiatre Sebezio 1839 XVII p. 27 Oss. 2ª.

(2) Verhandlungen der schlesich. Gesellschaft für Nat. und Med. 1861 p. 340. — Similmente fu una *legatura mediata* e quella che al Dott. Hennemann parve di chiamare *Ligature sous-cutanée de l'artère occipitale* (Gaz. méd. de Paris 1845 p. 689).

(3) *Bizzarri*, Storia di un tumore erettile, (Lo Sperimentale 1860 V 103).

(4) An. un. di Med. 1837 LXXIX 652.

(5) De tumoribus aneurismaticis varicosis anastomosium in substantiam erectilem confluentibus (Novi Comment. Instit. Bonon. 1840 IV 189).

(6) Veggasene un esempio nella Storia di un *tumore pulsante* al labbro superiore del Dott. Gaetano Mazzoni (Nuovo Giorn. dei Letter. di Pisa 1824 VIII 291).

tazione del Prof. PORTA sull'angectasia, le altre del Dott. MARZUTTINI (1), del Dott. PETRALI (2), non che le più recenti del BUSI (3), del RIZZOLI (4) e del SANTOPADRE (5). Finalmente ricordiamo che uno scolaro del SIGNORONI imaginò un *agopressore;* ma lo strumento se avesse avuto applicazione avrebbe operato comprimendo, la puntura essendo cosa del tutto secondaria, se non infesta (6). Dicasi lo stesso della *pinzetta aculeata* del PEPPI altro discepolo del clinico padovano (7).

Dalle cose dette in questi ultimi Capi consegue, che il metodo della compressione per opera della scuola romana venne diretto con nuovi intendimenti alla cura degli aneurismi; che dopo essere stato adoperato in tutta la sua pienezza, se ne sperimentarono i diversi elementi che lo formano così complesso: fu lo stadio diremo *analitico;* al quale, poichè si vide che non sempre l'uno o l'altro processo bastava da solo nelle diverse contingenze cliniche, succedette il *sintetico*, ovverossia la riunione di que' diversi mezzi concorrenti al medesimo fine. Ma questo ritorno è forse regresso? No certo, poichè noi oggi conosciamo il valore del metodo così nell'insieme, che nelle sue parti; e fra queste presceglíamo la più conveniente, ovvero l'una all'altra combiniamo secondo che porta la necessità del caso. La semplicità nel medicare dev'essere osservata fin tanto che non divenga per impotenza dannosa; ed il sussidio che si aggiunge ha da recare forza, non inutile ingombro.

---

(1) An. un. di Med. 1838 LXXXV 17.

(2) Memoriale della Medic. contemp. 1838 I 332.

(3) Raccoglit. med. di Fano Ser. II Vol. IX.

(4) Collez di Mem. chir. I 103.

(5) L'Ippocratico A.. 1868 XIII 73.

(6) *Spongia*, Comment. di medecina 1837 III 634, IV 254.

(7) An. un. di Med. 1837 LXXIV 266.

(*Capo* 30.°)

METODO DEL MONTEGGIA, OD INIEZIONI COAGULANTI.

Ma per altre vie ancora si è voluto ottenere il coagulamento del sangue negli aneurismi.

Monteggia, dopo aver con buona critica discorso dell'utilità degli astringenti applicati sul tumore aneurismatico, soggiunge « che in qualche caso converrebbe provarli ed injettarli nel sacco stesso aneurismatico, punto con un trequarti prima d'intraprendere l'operazione ordinaria per le aneurisme, perchè se mai per questo mezzo si ottenesse un pronto o forte coagulo, sarebbe schivabile l'operazione (1)». La compressione *(indiretta)* dell'arteria fatta precedere all'injezione, potrebbe eziandio render più sicura la formazione del grumo. Ed altrove parlando del pericolo che il sacco aneurismatico si rompa per l'impulso della sovrastante colonna del sangue nel caso che la legatura venga posta sotto il tumore, il Monteggia anche proponeva d'injettare nell'aneurisma, innanzi di stringere il laccio, qualche liquido che servisse, siccome l'alcool, l'acetato di piombo, il tannino, a far più presto rappigliare il sangue (2). Il Monteggia dunque, benchè non l'abbia messa ad effetto, assai bene aveva maturata la sua proposta. Persuaso della necessità di far aggrumare il sangue negli aneurismi, egli esibiva i coagulanti quando soli, quando insieme alla compressione indiretta ed alla legatura di Brasdor: meritamente pertanto il metodo delle injezioni coagulanti può essere chiamato del Monteggia, il chirurgo di Milano avendolo infatti creato. Anche gli stranieri tributangli quest'onore.

Ma niuno approfittò del consiglio del Monteggia, quantunque il libro suo andasse per le mani di tutti: soltanto nel 1836 il Dott. Leopoldo De Luca suggeriva d'injettare il bromo con un trequarti nel sacco aneurismatico; ma questo non era di più che un progetto (3).

---

(1) Istit. chir. Cap. X § 752.

(2) Istit. chir. § 793 e 883.

(3) Il Severino di Napoli. Maggio 1836.

Nel Congresso di Padova fu posto il quesito se nei tumori erettili congeniti sia preferibile l'injezione nel viluppo di vasi che li compone, agli altri metodi chirurgici conosciuti: rimasto colà insoluto, il medesimo quesito fu discusso nel 1843 a Lucca, dove il Dott. Galli, riferendo buoni effetti da lui ottenuti injettando con la sciringa di Anel una soluzione di nitrato d'argento (da 1 a 2 grani per oncia d'acqua), promoveva una discussione dalla quale risultò, presso che con unanime avviso, che tale metodo dovea escludersi nella cura dei tumori sanguigni alquanto estesi e che non si limitano al derma ed al tessuto sottocutaneo (1). Il Prof. Riberi, che già nel Congresso di Torino le avea raccomandate, con le injezioni di vino aromatico in breve tempo conseguiva la guarigione di voluminoso tumore erettile nel collo, il quale era anche in parte intermuscolare (2). Ma anche fuori d'Italia prima del Pravaz, cioè nel 1852, non s'ebbero che proposte od infruttuosi cimenti, come quelli con l'alcool di Leroy d'Etiolles nel 1835. Il percloruro di ferro avea già presso che bandito gli altri emoplastici per essere insufficienti e poco sicuri, quando il Ruspini proponeva di sostituire l'acetato di sesquiossido di ferro, perchè coagulante quanto il cloruro e meno di questo irritante ed offensivo ai tessuti in mezzo a' quali il grumo si forma. Nel 1854 il Dott. Lussana ed il Pavesi guarivano con le injezioni del predetto sale ferrico un'aneurisma della mascellare esterna, ed uno della temporale (3). Il Prof. Piazza consigliava di mescere, per ottenere più sicuro ed efficace coagulante, al percloruro ferrico una soluzione satura di cloruro di sodio a volumi eguali (4). L'acqua emostatica del Pagliari (soluzione dell'allume con belzuino) venne eziandio cimentata dal Prof. Giosuè Marcacci, il quale allargando poscia il campo dei suoi sperimenti (secondo che l'invitava il Congresso di Siena) metteva alla prova i più riputati coagulanti tanto sul siero del sangue, e sul sangue medesimo estratto dalla vena dell'uomo, quanto nei vasi sanguigni di animali viventi. Dai medesimi traeva la conchiusione, che il percloruro di ferro manganico è da preferirsi agli al-

(1) Atti del Congresso di Padova e di Lucca.

(2) Giorn. delle Scien. med. Torino 1844 XX.

(3) An. un. di Med. 1854 CXLVII 164. — Gaz. med. Lomb. 1854 n. 13 Marzo.

(4) Ebdomadario clinico. Febbraio 1863.

tri coagulanti, poichè quanto è pronto nell'effetto, altrettanto è lontano, relativamente agli altri, dall'offendere: adoperato dal 12° al 20° grado, secondo le circostanze, riesce anche innocente, e pur sempre abile a coagulare il sangue (1). Che se i più potenti coagulanti, compresovi lo stesso percloruro di ferro neutro di 36 gradi non sono abili a produrre un coagulo, che abbia virtù costante di resistere all' impeto del sangue circolante in un'arteria sana perfettamente cilindrica, con pareti internamente levigate, come appunto è il caso degli animali che si sottopongono ad esperimento; non altrettanto può dirsi rispetto al coagulo che si formi in un sacco aneurismatico, in una varice, in un tumore erettile. Parecchie cagioni concorrono a rallentare la circolazione nei sacchi aneurismatici, nei vasi dilatati, e quindi il grumo vi diviene più solido e tenace. Certo è che i coagulanti, dice lo stesso Marcacci, non possono reggere al paragone del metodo della compressione indiretta fatta così con gli strumenti, come con le dita; ma le injezioni coagulanti «saranno sempre ricercate e formeranno un prezioso compenso a cui dovremo, o potremo ricorrere ogni qualvolta la compressione non sarà eseguibile per una cagione qualunque. Potranno poi sempre impiegarsi nella cura dei tumori erettili e delle varici (2).

---

(1) Settantatrè nuovi sperimenti ecc. p. 99 e 109. — Agli esperimenti suddetti sono aggiunte due osservazioni riguardanti la guarigione ottenuta di un' aneurisma, e di un tumore erettile colle injezioni di percloruro di ferro manganico.

(2) Ivi p. 100. — *Tempesti Carlo*, Delle injezioni considerate qual metodo curativo dei tumori erettili. (Gaz. med. Toscana 1855 p. 306, 313, 321). Le injezioni di alcool riuscirono ottimamente al Dott. Tempesti in un caso in cui il tumore voluminosissimo invadeva tutta la gota. — *Bruno Lorenzo*, Aneurisma traumatico della cubitale perfettamente guarito con la injezione di percloruro di ferro. Relazione del Dott. Spantigati (Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino 1869 VII 117).

(*Capo* 31.°)

DELL'AGOPUNTURA ED ELETTRO-AGOPUNTURA.

La coagulazione del sangue nei vasi che lo accolgono, o nei sacchi aneurismatici, anche con altri espedienti che gli accennati può conseguirsi. Sperò il Velpeau che l'agopuntura fosse capace di far coagulare il sangue dentro un sacco aneurismatico; ma l'esperienza ha mostrato che i grumi non si formano, ovvero non in modo che valgano al bisogno. Che se talora la guarigione succede, questa sarebbe non più che l'effetto dell'infiammazione che gli aghi infitti eccitano nel tumore; accidente dubbio, nè senza pericoli. L'agopuntura infatti fallì nelle mani del Rizzoli (1), del Da Camin (2), del Malagò (3), quantunque questi ne fosse partigiano, ed il primo l'avesse sperimentata con vantaggio nelle varici siccome diremo.

Que' grumi che la semplice agopuntura non valeva a produrre, parve al Dott. Secondi di poter conseguire introducendo nella cavità delle arterie, perforate con un sottile punteruolo, un pezzetto di spugna, una vescichetta, e simili cose (4). Ma naturalmente questo pericoloso e malagevole metodo di cura non trovò verun seguace, specialmente dopo che i Dott. Tizzoni, Quaglino e Restelli con esperimenti sui bruti ne mostrarono apertamente i difetti (5). Neppur nuova era la proposta (6).

Non così dell'elettro-agopuntura. Quantunque ben si sapesse, e gli esperimenti di Brugnatelli, di Medici, di Aldini avessero mostrato e confermato che l'elettricità coagula l'albume ed il sangue spe-

---

(1) Bullet. delle Scien. med. Bologna 1867 III 384.

(2) Gaz. Med. Prov. Venete 1859 p. 324.

(3) An. un. di Med. 1858 CLXVI 493.

(4) *Secondi*, Nuovo metodo di obliterazione permanente dei vasi arteriosi ecc. (Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino 1848 T. I).

(5) Studj sperimentali sulle arterie (An. un. di Med. 1849 CXXX 5).

(6) Il Dott. Sarra nel 1836 avea fatto il progetto dell'*obliterazione meccanica degli aneurismi* per mezzo dell'introduzione d'un cilindretto di gomma elastica nel lume delle arterie (L'Osservat. med. di Napoli 1836 p. 104).

cialmente intorno al polo positivo; nondimeno le applicazioni di questa potenza alla terapeutica degli aneurismi è molto più giovane. Fra noi l'elettro-agopuntura non cominciò veramente a far oggetto di studio particolare che nel 1846; ma per compenso cotesto studio è stato con la massima perseveranza e sagacia proseguito, onde che l'elettro-agopuntura ha ricevuto tra noi le più larghe e ardite applicazioni dirette e sostenute da principj scientifici. Una società di giovani medici milanesi avea mostrato con esperimenti su diversi animali, che l'elettro-agopuntura è capace di determinare il grumo otturante le arterie e le vene indipendentemente da qualunque processo flogistico di vasi (1): e questo risultamento veniva confermato nel Congresso di Genova da Commissarj a bella posta per ciò deputati (2). Applicata quindi con varia fortuna, come appare dal seguente prospetto (3), se ne vollero meglio conoscere le indicazioni. Il Dott. Pompeo Lanza di Napoli, ponendo mente alle differenze anatomico-patologiche degli aneurismi, ne deduceva l'impossibilità d'applicare in tutti gli aneurismi esterni la galvano-puntura; la quale invece può convenire solamente in quegli aneurismi che non presentano lesione valevole ad impedire che il grumo, nell'interno degli aneurismi medesimi, s'attacchi alle pareti dell'arteria (4). Con più largo corredo di materiali clinici e sperimentali, e con molta perspicacia il Prof. Burci nelle sue Considerazioni teorico-pratiche intorno l'elettro-agopuntura si accinse a designare le indicazioni della medesima, a determinare le controindicazioni e il modo di servirsene (5). Ma chi più d'ogn'altro ha fatto studj speciali intorno questa parte di terapeutica è il Dott. Ciniselli, che già avemmo occasione di ricordare più volte, e particolarmente discorrendo dell'azione dell'elettricità sui tessuti organici viventi. Per il chirurgo di Cremona

---

(1) *Restelli Antonio, Tizzoni Angelo, Quaglino Antonio e Strambio Gaetano*, Esperimenti intorno alla formazione di grumi otturanti le arterie per mezzo dell'agopuntura elettrica (Gaz. med. di Milano V n. 30 — An. un. di Med. 1846 CXIX 642).

(2) Atti del Congresso di Genova A. 1846.

(3) Vedi questo prospetto nella pagina dicontro.

(4) Rendic. dell'Accad. med. chir. Napoli 1847 I 41.

(5) Dei casi di aneurisma nei quali può essere raccomandata l'ago-elettro-puntura, e dei modi per eseguirla. Pisa 1852.

N.	SPERIMENTATORE	SEDE DELL' ANEURISMA	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
1	Ciniselli	nel poplite	Guarig.	Gaz. med. Lomb. 1846 p. 53, 207.
2	Locatelli	»	Ridotto di tre quarti il tumore (1).	Ivi 1846 p. 378.
3	Commissarj del Cong. di Genova	nella carotide primitiva	Morte	Atti del Congresso.
4	Borelli	nel 3° inferiore della coscia	Guarigione (2)	Giorn. Sc. med. Torino 1847 XXX 40.
5	De Lisio	nel poplite	»	Rend. dell'Accad. med. chir. di Napoli 1847 I 39.
6	Palma	»	»	Ivi I 9.
7	Ciniselli	nell' aorta toracica	Senz' effetto	Gaz. med. Lomb. 1847 p. 9.
8	Tedeschi	nella carotide primitiva	Morte	An. un. Med. 1847 CXXIII 164.
9	Restelli	nella brachiale	Guarigione	Gaz. med. Lomb. 1846 p. 413.
10	Jorio	nel 3° inferiore della coscia	Senz' effetto	Gior. delle Scien. med. di Napoli 1846 n. 6.
11	Squarci Cerbone	nell'arteria linguale	Guarigione	Gaz. med. Toscana 1851 n. 49.
12	» »	nella femorale	Senz' effetto	» »

(1) Morte dopo 40 giorno di cangrena nella gamba per alterazione preesistente delle arterie.

(2) Più che la galvano-puntura ebbe parte nella guarigione le varie *riaccensioni flogistiche con suppurazione*, che a quella seguirono con grave pericolo dell' infermo.

l'elettro-puntura può essere tentata con fiducia in tutti gli aneurismi la cui guarigione s'è mostrata possibile per mezzo della spontanea od artificiale coagulazione del sangue, senza distinzione di specie e di vaso malato; con questo per altro che il tumore sia superficiale al punto da poter infiggere entro di esso gli aghi senza attraversare grossi strati muscolari od organi importanti. Controindicano l'elettro-puntura, oltre le alterazioni procedenti da discrasia, le lesioni del sacco o delle parti circonvicine, ed uno stato flogistico *generale o locale;* l' infiammazione locale, quand' anche leggiera, espone a grave pericolo. Scopo di quest'operazione dev'esser quello di promuovere il processo naturale di coagulazione, stabilendone i principj a guisa di nuclei entro il sacco, i quali possono tutto occuparlo e renderlo solido nell'atto stesso dell'operazione, quando sia di piccola mole: proporsi di tutto ciò conseguire negli aneurismi voluminosi riesce facilmente causa di gravi e pericolosi accidenti. Nell'applicazione dell'elettro puntura devesi considerare l'elettrico nella sua azione *dinamica*, nella *chimica* e nella *fisica*. La prima, che si manifesta con le scosse, il dolore ecc., non serve allo scopo dell'operazione, anzi non è che di danno divenendo causa precipua dell'infiammazione, se forte; onde che devesi procurare che riesca debole quant'è possibile, avendo per ciò riguardo alla buona scelta dell'apparato elettromotore, tanto per la qualità, quanto per la sua potenza. L'azione chimica è la veramente efficace; ma, mentre essa opera in modo benefico sopra il sangue contenuto nel sacco aneurismatico, non risparmia i tessuti attraversati dagli aghi, promovendone la decomposizione, e la disorganizzazione. Quest'azione chimica spiegata dal polo negativo è causa di un particolare modo di cauterizzazione, e degli esulceramenti consecutivi. Viene evitata la dannosa azione dell'elettrico sopra i tessuti attraversati dagli aghi, procurando l'isolamento di questi per mezzo dell'azione chimica dell'elettricità positiva. L'azione fisica, considerata solo negli effetti termici, è sempre di grave danno e da evitarsi: svolgesi quando gli aghi si toccano entro il sacco, per cui convertonsi, in forza della corrente elettrica, in altrettanti caustici attuali, che carbonizzano i tessuti per mezzo a' quali passano. Anche questo dannoso effetto si schiva disponendo acconciamente gli aghi (3).

---

(3) Sull'elettro-puntura nella cura degli aneurismi. Studj ed osservazioni. Cremona 1856.

Ma le osservazioni fino allora raccolte non bastavano (non tanto pel numero perchè già salivano a 50, quanto perchè non fornite di sufficienti dettagli) per segnare con precisione le norme da doversi assolutamente seguire nell'applicazione dell'elettro-puntura. E però a determinare coteste regole, a trovar modo di evitare i pericoli proprj dell'elettro-agopuntura il Ciniselli continuava i suoi studj: i quali ebbero questo ottimo effetto che da lui, donde venne il primo esempio di applicazione dell'elettricità nell'aneurisma dell'aorta toracica (1), sia stata ottenuta la prima guarigione di un aneurisma aortico ancora tutto rinchiuso nella cavità del petto: il qual fatto importantissimo dev'essere qui nelle cose più essenziali notato. Il malato avea 46 anni e andava soggetto ad affezioni reumatiche; il tumore, sebbene chiuso nel torace, avea spinto innanzi la terza e quarta costola al lato destro dello sterno. L'elettricità fu applicata per mezzo d'una pila di Volta a colonna di 30 coppie quadrate: furono infissi 3 aghi lucenti d'acciajo, grossi un millimetro, nel terzo spazio intercostale. Uno di questi aghi venne messo in comunicazione col polo positivo, mentre il negativo era applicato in vicinanza del tumore per mezzo d'un piumacciuolo imbevuto d'acqua salata; poichè l'ago fu ossidato ed apparve il cerchiello nero intorno ad esso, un altro ago venne messo in comunicazione col polo positivo, e l'anzidetto primo ago col negativo: così si fecero agire ambo i poli sopra ciascuno degli aghi infissi. L'elettricità fu applicata per 40 minuti, durante i quali il malato sofferse vivo senso di ustione. Sul tumore rosso e gonfio venne applicato per due giorni il ghiaccio: non v'ebbe reazione generale; lievissima l'emorragia, estraendo gli aghi. Stette in letto 3 settimane, e 74 giorni dopo l'operazione il malato riprendeva il mestiere di vetturale (2). Mercè di sì splendida guarigione è segnato un progresso tanto nell'applicazione dell' elettro-agopuntura, quanto nella cura degli aneurismi interni; essa inspira fiducia, ma non basta per farci sicuri di poter sempre evitare i due più formidabili pericoli di cotest' operazione, cioè l' infiammazione flemmonosa del sacco aneurismatico e le escare prodotte dall' azione chimica dell' elettrico. Ep-

(1) Gaz. med. Lomb. 1847 n. 2.

(2) Gaz. med. Lomb. A. 1868.

pure solamente la certezza di sfuggire simili conseguenze, sono parole dello stesso Ciniselli, può autorizzare ad un'operazione, che altrimenti non sarebbe abbastanza giustificata (1). Ma già sin da ora possiamo contare un' altra guarigione di aneurisma della porzione ascendente ed extrapericardica dell' aorta ottenuta con la galvanopuntura, secondo le regole poste dal Ciniselli, nell'ospedale Maggiore di Milano dal Dott. De Cristoforis (2). Per altro è da vedere se, quand'anche non pericoloso e perfino innocuo sia il mezzo, stabile rimanga la guarigione od il miglioramento che per esso si ottiene.

Ne' tumori erettili e nelle varici serve eziandio l' elettricità, ma non sempre con gli stessi intendimenti in entrambi: perciocchè i primi vogliousi distruggere con l'azione caustica e comburente (3), le altre soltanto chiudere o restringere nelle parti dilatate, siccome appunto si fa per gli aneurismi, e siccome diremo tra breve. Giova non per tanto far notare, che anche ne' tumori erettili è stata con buon frutto adoperata, specialmente dal Niccoli di Livorno, la corrente elettrica non come mezzo di distruzione o cauterizzazione, ma come *modificatore capace di sostituire al tessuto vascolare accidentale un tessuto fibroso inodulare:* ciò che assai bene gli venne fatto specialmente in un tumore *erettile venoso*, che dall'una all'altra arcata alveolare si stendeva fino al fondo della bocca (4).

---

(1) Della elettro-puntura nella cura degli aneurismi dell' aorta toracica (Append. Elettro-jatrica della Gaz. med. Lomb. A. 1868).

(2) Gaz. med. Lomb. A. 1869 n. 48. — Circa gli altri casi in cui l' elettro-agopuntura è stata adoperata, dopo che furono scritte queste pagine, nella cura degli aneurismi dell' aorta e della celiaca veggasene le storie o relazioni pubblicate nella Gazzetta medica lombarda (A. 1870) e negli Atti del R. Istituto lombardo di Scienze e lettere (A. 1870 III 563, 609) dai Dottori Dell'Acqua e De Cristoforis.

(3) *Marzolo Fr.*, La galvano-caustica nella cura dei tumori erettili. Casi pratici (Gaz. med. Padova 1866 p. 285, 293).

(4) *Marcacci Ant.*, Dell'elettricità dinamica, cioè atta a produrre effetti chimici ed organico-vitali, applicata alla cura dei tumori erettili (Gaz. med. Toscana 1856 n. 9).

(*Capo* 32.°)

DELLA CURA MEDICA DEGLI ANEURISMI.

DEL VALORE DELL'ALLACCIATURA RISPETTO AGLI ALTRI METODI.

In ogni modo all'elettro-agopuntura si apre ampia e fruttifera via: essa ha posto il piede in un campo, che prima al solo metodo del Valsalva sembrava, come suprema necessità, riservato. Di questo metodo non tocca qui dire particolarmente: avvertiamo soltanto che se di rado viene impiegato in tutta la sua pienezza, e con il rigore prescritto dal celebre anatomico imolese, non che dall'Albertini e dallo Stancari di Bologna, spesso invece si adoprano le diverse parti che lo compongono per frenare l'impeto della circolazione, e come mezzi coadjuvanti gli altri metodi: di ciò più sopra furono accennati alcuni esempj. Il Prof. Vanzetti esponeva nel 1867 alla Società di Chirurgia di Parigi la storia di un aneurisma della carotide destra, che il Dott. Solizzoli di Balbeno nel Tirolo trentaquattr'anni prima avea guarito col metodo di Valsalva, o più precisamente con la *cura famis* e tenendo in letto per 11 mesi continui il paziente, il quale era un giovinotto poco più che trentenne. Ma il clinico di Padova non narrava che quanto potè imparare dal soggetto, che si avventurosamente risanava (1). Di maggiori prove è fornito il caso di cui è cenno nel primo volume degli Archivj di Medicina e Chirurgia di Napoli; conciossiachè il Dott. Pensa, che diresse la cura, presentava a quell'Accademia medico-chirurgica l'uomo che mercè di *severissima dieta acquea*, senza i ripetuti salassi valsalviani, protratta al di là de' cento giorni perfettamente guariva di aneurisma popliteo (2). Ma qui dobbiamo ricordare i buoni effetti ottenuti dal Santoro per mezzo della neve e dell'acqua diacciata su gli aneurismi; pratica ch'ei seppe elevare a metodo, e da cui giudizio-

---

(1) Communicat. cit. p. 22.
(2) A. 1828 p. 263.

samente seguita ottenne, secondo che ne scrive il De Filippis suo discepolo, intorno ad un centinajo di guarigioni di tumori pulsanti (1).

Ben poco sappiamo intorno le condizioni generali (diatesi), di cui le dilatazioni aneurismatiche possono essere conseguenza, e tanto meno abbiamo in nostra mano i mezzi per vincere ad un tempo la causa e l'effetto. Se i casi di guarigione di aneurismi per opera de' rimedj antiscrofolosi, antisifilitici ecc. narratici da antichi scrittori (fra' quali sarebbe pur degno di considerazione quello del Manzoni (2)). non c'inspirano fiducia, dubitando noi con ragione della precisione della diagnosi; nulladimeno il chirurgo prudente vedrà sin dove la *cura medica* possa esser condotta con buona speranza da sola; quando e con qual profitto congiunta alla *chirurgica* (3).

Ma al cospetto di questi modi in parte nuovi, in parte ammodernati di curare gli aneurismi, qual posto rimane all'allacciatura? Gliene rimane uno tuttavia cospicuo; imperocchè se la legatura oggi non è più il mezzo generale di cura degli aneurismi, è pur sempre rimedio sovrano nei casi più gravi e complicati, l'ultimo compenso nei disperati: essa potè non poche volte dare quella guarigione che nè la compressione, nè l'elettro-agopuntura seppero procacciare. I fatti osservati dal Rizzoli (4), dall' Asson (5), dal Prof. Bruno (6), dal Prof. Gallozzi (7), dal Dott. Gherini (8), dal Prof. Palamidessi (9), dal Dott. Squarci Cerbone (10), e dello stesso Prof. Van-

---

(1) *De Renzi*, Elogio storico di Lionardo Santoro. Napoli 1853 p. 19. — *De Rensis*, Pat. chir. II 147.

(2) Memorie della Soc. ital. delle Scienze. Modena 1820 XVIII P. I 203.

(3) Guarigione veramente portentosa sarebbe quella, se avesse sufficienti requisiti di credibilità, che il Dott. Berardo Costantini dice di aver ottenuto comprimendo con le dita direttamente il tumore aneurismatico, (nudo e sporgente per essere erosa la sovrapposta porzione di costato) e dando internamente medicamenti astringenti pei molti mesi in cui l'ammalato serbò assoluto riposo (Saggi di med. e chir. pratica ragionata. Napoli 1864).

(4) Mem. cit.

(5) Giorn. Veneto di Scien. med. Gennajo 1863. — Atti dell'Istituto Veneto 1863 VIII.

(6) *Berti Gio.*, Rendiconto statistico di 23 osservazioni di aneurismi chirurgici curati nella clinica del Prof. Bruno di Torino.

(7) *Frusci*, Rendic. della Clinica chirurgica di Napoli A. 1866-67.

(8) Sulla cura degli aneurismi colla compressione (An. un. di Med. 1864 CLXXXVII 587).

(9) Allacciatura dell'iliaca esterna seguita da felice successo. Firenze 1868.

(10) Legatura dell'arteria femorale per aneurisma vero popliteo, non essendo riuscita la galvano-puntura (Gaz. med. Toscana A. 1851 n. 49).

ZETTI (1) ne sono persuadevolissimi esempj. Conchiudiamo con le parole del Dott. MADRUZZA: la compressione e la legatura, lungi dall'essere metodi rivali e contradditorj, mirabilmente l'un l'altro si combinano e coadjuvano (2).

(*Capo* 33.º)

FERITE DELLE VENE E FLEBITE.

Le vene più spesso delle arterie rimangono offese, ed anche ad arte s'incidono per cavarne sangue: nulladimeno le loro ferite guariscono sollecitamente, perchè l'emorragia non è impetuosa, nè grave, perchè facile è la coalescenza delle pareti. Come succeda tale rimarginamento dal Prof. PORTA per mezzo di esperimenti e con il soccorso dell'anatomia patologica fu dimostrato, secondo che si disse parlando delle ferite delle arterie, perchè appunto i risultamenti delle sue investigazioni sono come appendice della pregevole di lui opera intorno le ferite delle arterie (3). Studj più recenti, quelli dell'OLLIER (4), confermano la conchiusione generale del clinico di Pavia; cioè che la cicatrice si forma non per mezzo del trombo laterale, ma di una pseudo membrana, o trasudamento di linfa plastica, che si ordisce fra i margini della ferita. Ei poteva altresì convincersi che la flebite è avvenimento, anzi che frequentissimo, come allora da molti s'andava dicendo (tenendosi persino l'infiammazione delle ve-

---

(1) Gazette des Hôpitaux. Nov. 1862.

(2) Della compressione e della legatura negli aneurismi diffusi e nelle ferite delle arterie (L'Ippocratico. Fano 1862 II 339). — Il Dott. Ciniselli descrivendo un aneurisma del poplite singolare per la forma, per la disposizione dei vasi poplitei e per la sua angusta comunicazione col vaso arterioso, faceva notare, contro la sentenza del Broca, che non sempre senza rischio può farsi la legatura dell'arteria dopo la compressione per lungo tempo continuata, poichè allora l'arteria, divenuta *per esaltata sensibilità* intollerante della compressione, è grandemente disposta a soffrire gli accidenti consecutivi alla legatura (Gaz. med. Lomb. 1869 II).

(3) Milano 1852

(4) Des plaies des veines. Paris. 1862.

ne qual cagione essenziale di altre malattie), molto raro: su 150 monconi di amputati da lui notomizzati, appena in 16 trovò la flogosi suppurata delle vene diffusa fino alla radice dell' arto. Ma può ben essere altrimenti sotto l'influsso di cause generali, di malattie infettive, o con discrasia, ovvero quando le vene siano precedentemente mal disposte od in qualunque modo offese, siccome spesso vediamo succedere all'operazione delle varici, di cui ora appunto stiamo per dire. Ma anche non volendo fermarci di proposito sull'argomento della flebite, perchè questo ci trarrebbe fuori dal campo in cui siamo obbligati di rimanere, non vuolsi per altro tacere come il Palletta nel Cap. III delle *Exercitationes pathologicae,* trattando dell'infiammazione delle vene, sostenga che questi vasi, quantunque allora lo si niegasse, assorbono la marcia dalle parti in cui si raccoglie, ovvero la generano dentro le loro tonache allorquando esse s'infiammino. Nell'uno e nell'altro caso la marcia è trasportata in giro e se ne formano gli ascessi, che spesso si osservano nel fegato e ne' polmoni consecutivamente alle ferite o percosse del capo e di altre parti (1). Sì fatta opinione traeva il **Palletta** da osservazioni instituite innanzi al 1790: e però egli precorreva di molto i moderni che tanto studiarono la parte che ha la flebite nella suppurazione. Fra i più recenti nostri lavori intorno la patologia delle vene dobbiamo ricordare quelli del Dott. **Benvenisti** di Padova, e gli altri del Prof. Pacchiotti di Torino: questi trattando della *flebite* ebbe di mira precipuamente le contingenze chirurgiche (2); l'altro, allargando le investigazioni anatomiche, nelle affezioni delle vene e dei seni venosi cercò, non sempre con sufficiente temperanza, la causa prossima di molteplici malattie.

(1) Pars I Mediolani 1820.

(2) *Pacchiotti Giacinto,* Lezioni sulla flebite (Gaz. dell'associaz. med. di Torino A. 1861) — Della Flebite Tesi di concorso per la Cattedra di Clinica e Patologia chirurgica. Torino 1863.

(*Capo 34.°*)

DELLE VARICI E DEI DIVERSI MODI DI CURA DELLE MEDESIME.

Le vene agevolmente si dilatano; e se la dilatazione sia permanente e conseguenza delle alterazioni delle pareti delle vene stesse, allora, come sa ognuno, si formano le *varici*. Circa la particolare origine delle quali i patologi molto hanno disputato, ned ancora i dubbj sono rimossi del tutto (1). Il nostro Palletta ne dava colpa all' impotenza delle valvole, le quali (riflettendo che parecchie vene sebbene grosse sono senza valvole, essendone invece provvedute alquante minime), a suo avviso, non hanno già l' uffizio di sostenere la colonna superiore del sangue, bensì quello di far passare cotesto fluido, sotto la pressione de' muscoli, con impeto accelerato non altrimenti che fa l'acqua battendo contro i fianchi de' portoni semichiusi ne' grandi canali (2). Ma per qual cagione divengono le valvole impotenti o pigre a muoversi? Il Rima fin dal Dicembre 1825 in una memoria letta all' Ateneo di Venezia metteva la cagion prossima delle varici alle gambe in un movimento inverso, per la gran vena safena, del sangue che gravitando a colonna dall' alto al basso, dal centro all' estremità, paralizza le valvole, e sfianca in vario modo le tonache delle vene (3). E veramente recisa una vena varicosa, sgorga anche dal capo superiore il sangue; e questo può eziandio essere sospinto in basso, intero essendo il canale venoso, perchè la pressione della colonna superiore vince l' impulso delle potenze che dovrebbero farla salire. Laonde il moto-retrogrado, l'*ondulazione* come in

---

(1) Importanti per l' etiologia delle Varici sono le notizie raccolte dal Prof. Cortese nel suo libro delle Malattie ed Imperfezioni che incagliano la coscrizione militare (Milano 1866 p. 103. — Un caso non comune di Variconfalo è descritto dal Ruggieri nel Dizionario di Chirurgia (Padova T. V p. 296).

(2) Considerazioni sopra le varici (Esercitazioni dell'Ateneo di Venezia 1818 T. I).

(3) Giorn. per servire ai progressi della Patol. e della Terap. A. 1837. — Sulla cura radicale del varicocele (Ivi). — Cura radicale delle varici Ediz. II con appendice dell' Autore. Venezia 1838.

seguito disse il Bonnet di Lione, del sangue nelle vene, non è causa prossima della varice, bensì effetto dell'ipertrofia delle pareti della vena (o per meglio dire dell'ingrossamento della medesima, tessuto connettivo essendosi frapposto alle fibre muscolari senza che punto queste siano cresciute), la quale essa pure da altre cagioni dipende. E su queste noi tanto poco di sicuro sappiamo, che parecchi fra' più recenti scrittori riguardano le diverse cause, che si danno per efficienti, non più che occasionali, ossia capaci di produrre quella dilatazione solamente quando siavi tale predisposizione nelle vene, che mentre le fa più deboli e fiacche, le rende anche maggiormente distendibili. Alla quale opinione danno pure molto peso le ricerche del Verneuil, secondo cui la *sede primitiva reale* della flebectasia è non nelle vene superficiali, ma nelle profonde. Ciò posto non ci meraviglieremo se i nostri metodi di cura, rivolti piuttosto a torre gli effetti che le cause della malattia, non guariscano radicalmente il male, o se questo facilmente si rinnova. Inoltre l'obliterazione dei principali rami (cui appunto mirano i diversi metodi di cura radicale) non di rado è seguita da gravi, ed anche da mortali accidenti. Al metodo di Home (legatura della safena interna al ginocchio al di sopra delle varici), già sperimentato pericoloso dal Monteggia (1), proponeva il Rima di sostituire le molteplici legature nei principali rami della safena; poscia che ei trovava il metodo del chirurgo inglese poco efficace, il coalito non essendosi formato che per poco spazio sopra e sotto il laccio. Ma a sua volta il progetto del Rima veniva dal Volpi giustamente combattuto, per essere operazione penosa e inutile eziandio, quando per la grande dilatazione della safena il sangue vi refluisca dalla crurale (2). Il Dott. Solerà di Mantova, testimonio di quanto avea fatto il Rima per guarire radicalmente le varici, immaginò di recidere la vena trasversalmente, impedendo poscia, col mettervi in mezzo una picciola pallottola di filaccia, che le due estremità troncate si unissero di nuovo (3). Sperando di ottenere più sicuramente la guarigione radicale togliendo via porzione della vena, di quello che semplicemente tagliandola, il Dott. Ranieri Cartoni in

---

(1) Istit. chir. Cap. X § 644,645.

(2) *Volpi*, Saggio di Osserv. e di esperienze II 163, 168.

(3) Ivi p. 178. Ann. un. di Med. 1819 XII 120.

prima (1), poscia lo stesso Rima raccomandavano l'escisione delle vene: ma su 34 operati dal Chirurgo di Venezia in tal modo 6 soltanto davansi per guariti radicalmente, 2 essendo morti per flebite (2). Pertanto a mezzi più miti i nostri chirurghi volsero la mente.

L'ago-puntura fin dal 1837 venne dal Prof. Rizzoli instituita: ottenne egli, e così pure lo Scandellari, il Malagò ecc. ottennero buoni risultamenti: nondimeno benchè si avesse obliterato il tronco venoso principale, non si ebbe del pari l'obliterazione delle varici; onde che lo stesso Prof. Rizzoli deliberò di trafiggere con gli aghi non solamente le vene ma gli stessi tumori varicosi, e ciò *senza pericolo* (3). Quindi venne la volta della galvano-puntura, la quale dal Bertani (4), dal Milani (5), dal Cappelletti (6), dal Cantoni (7), dal Ciniselli (8) dal Gamberini (9), dal Torri (10) fu sperimentata: ma l'agopuntura tanto semplice che elettrica, se innocua rispetto ai metodi cruenti, non è più di questi potente nel mantenere stabile guarigione, almeno in ogni caso. Il Prof. Palasciano all'elettro-puntura associava la cauterizzazione: sperando di meglio conseguire coi due metodi uniti, ciò che i medesimi, se disgiunti, spesso non danno (11): con la corrente elettrica voleasi prevenire, obliterando la vena, l'infiammazione e suppurazione, che susseguono all'applicazione dei caustici. Ma la proposta non ebbe seguito nella pratica. Parimente

---

(1) Della maniera più atta a curare radicalmente le varici ed impiagamenti varicosi dell'estremità inferiori. Pisa 1821.

(2) *Spongia*, Comment. di Med. 1837 IV 367.

(3) *Rizzoli*, De nova istituendae acupuncturae methodo ad externas varices radicitus sanandas (Novi Comment. Instit. Bonon. VIII 575 — Rendic. dell'Accad. sud. A. 1843-44). — *Scandellari G.*, Osservaz. intorno alla cura radicale delle varici esterne (Novi Comment. Instit. Bonon. X 493). — *Malagò*, Valore della semplice agopuntura ecc. (An. un. di Medic. 1858 CLXVI 483).

(4) Gaz. med. Milano A. 1846 p. 260.

(5) Ivi p. 298.

(6) Atti del Congresso di Venezia A. 1846.

(7) *Prandina*, Rendic. dei malati accolti e delle operaz.ⁱ chir. praticate dal Dott. Tobia Cantoni (Gaz. med. Milano 1847).

(8) Scritti ed osservazioni sull'elettro-puntura (Bullet. delle Scien. med. Bologna 1857 VIII 264).

(9) Bullet. delle Scien. med. 1847 XI. 406.

(10) Ivi 1854 I 24.

(11) Redic. dell'Accad. med. chir. di Napoli 1854 VIII 20.

il Dott. Madruzza in gravissimo caso di cirsocele combinò la cauterizzazione potenziale intorno la vena varicosa, con la legatura annodata soltanto al cadere dell'escara (1). Se non che neppur questo processo misto sebbene nel caso particolare facesse ottimo effetto, va raccomandato come metodo generale perchè brigoso, lungo, nè senza incovenienti.

Alla fine del secolo scorso il Flajani con qualche buon successo avea unita la legatura con l'incisione, quando questa o la compressione non bastasse (2). Ed allora che l'incisione della vena non era possibile, il chirurgo romano annodava in su la pelle i lacci, i quali stringevano, passandovi sotto, la varice. Cotesta maniera di cura era da gran pezzo dimenticata, quando il Dott. Pagani di Novara nel 1836 volle curare le varici passando un ago a traverso la pelle e sotto la vena, quindi stringendo le parti a questa sovrastanti con un filo aggirato a guisa della cifra 8, come si pratica per l'operazione del labro leporino. Ma i risultamenti ottenuti non dimostrando la costante utilità di quest'*ago-pressione* (3), lo stesso Dott. Pagani immaginò nel 1843 di adoprare la legatura *sottocutanea;* cioè, trapassata la cute da parte a parte scorrendo sotto la vena con ago lanceolato alquanto curvo con cui era unito un semplice filo cerato, faceva rientrare l'ago dal foro da cui usciva, e quindi girato l'ago stesso sopra la vena lo faceva sortire donde per la prima volta era entrato. Il nodo, che quindi stringeva, rimaneva nascosto sotto la cute fra gli anzidetti due forellini (4). Quest'ingegnoso metodo di cura poteva esser maggiormente ridotto ad operazione sottocutanea, non

(1) Giorn. scientif. Letterario di Perugia 1859 I 3.

(2) Collez. d'Osserv. III 14.

(3) Il Prof. Rizzoli si giovò poscia (nel 1851) dell'agopressione negli aneurismi e ferite delle arterie (v. Cap. 29); se ne giovò pure nel cirsocele a cui non basta la semplice agopuntura, e non è sì grave da esigere l'escisione: egli perciò infigge due aghi, uno in alto e l'altro in basso vicino al testicolo, sotto il fascio varicoso, avvolgendo sovra amendue un cordoncino come nella sutura attorcigliata (Collez. di Mem. chir. I 56, II 18). Nè, a quel che pare, ebbe notizia il Rizzoli de' tentativi del chirurgo Novarese, il quale non li faceva conoscere che nel 1844 nel Congresso scientifico di Milano. In ogni modo è fuori di dubbio che l'agopressione è trovato e pratica italiana.

(4) Atti del Congresso di Milano 1844.

praticando che una sola ferita esterna; ma non per ciò avrebbe acquistato maggior efficacia per preservare dalla recidiva: difetto di cui pure moveva lamento lo stesso autore (1).

Il Prof. Botto di Genova, piuttosto che ricorrere ad incisione o puntura della vena, od all'injezione nella medesima di sostanze astringenti, si prefisse di ottenere la coagulazione del sangue nella vena malata facendovi stagnare il sangue stesso per mezzo della compressione praticata su due punti prossimi lungo il cammino della vena. N'ebb'egli in un caso assai complicato di varice alle gambe buon frutto: la flebite limitossi alla porzione di vaso compressa fra le due legature, ed in un mese circa la safena interna era chiusa, mutata in sodo e grosso cordone (2). Il Dott. Polli per rendere più sollecito il coagulamento del sangue intercettato, e quindi per ischivare il pericolo della flebite per compressione proponeva di applicare contemporaneamente sulle vene varicose bagnuoli fatti con alcool, o meglio con cloruro ferrico disciolto nell'alcool. L'assorbimento attraverso la cute di sostanze coagulanti quando il sangue circola nelle vene, senza dubbio è troppo tenue per averne buoni effetti; ma quando il sangue trovasi stagnante pare che questi effetti si dovessero più o meno rapidamente ottenere (3).

Delle injezioni coagulanti fu giá detto parlando delle medesime rispetto agli aneurismi ed agli angiomi (4).

Ma se i coaguli, la compressione, l'ago-puntura ecc. sono espedienti preferibili alle incisioni e ad altre operazioni cruente, niuno poi de' medesimi può in modo assoluto riguardarsi valevole a guarire radicalmente le varici; le ragioni le dicemmo cominciando il capitolo.

---

(1) V. anche gli Atti del Congresso di Napoli in cui l'autore esponeva, che, lasciata da parte la legatura sottocutanea, servivasi della legatura temporanea delle vene, stringendo il nodo sopra un cilindretto di tela o di filaccia.

(2) Nuovo trattamento curativo delle vene varicose (Gaz. degli Osped. di Genova 1859 p. 134).

(3) An. di Chim. applicata alla Medic. Marzo 1860.

(4) V. il Cap. 30.

B. *Sistema nervoso.*

(*Capo* 35.°)

NEURALGIE E NEUROTOMIA.

Se gli esperimenti dei moderni fisiologi non avessero posto fuori di dubbio che i nervi recisi si risaldano, che si rifanno o ristaurano anche se mozzati di porzione non piccola (4 in 5 centimetri) della propria sostanza, il fatto delle nevralgie ribelli alla nevrotomia (per non dire di altre osservazioni cliniche e anatomo-patologiche) naturalmente devea mettere nei chirurghi tale persuasione.

Il Prof. Cairoli nel 1827 a cagione di fierissima neuralgia cubito-digitale, troncò, così suggerendo lo Scarpa, all'illustre botanico Domenico Viviani il nervo ulnare per il tratto di cinque linee: egli comprese nel taglio il centro appunto da cui partivano le fitte nevralgiche; nulladimeno i dolori tornavano dopo 15 ore, e proseguivano come prima anche 4 anni dopo la fatta operazione. Lo Scarpa, esponendo questo caso, conchiudeva, che contro la neuralgia essenziale (da lui considerata affine alla epilessia simpatica) nè la medicina, nè la chirurgia hanno rimedio che giovi. Tuttavolta ci mitigava l'acerba sentenza con dire l'esperienza aver mostrato, che in parecchi soggetti affetti da nevralgie essenziali legittime, segnatamente in seguito della recisione del nervo viziato, la natura colle proprie sue forze, dopo un lasso di tempo più o meno lungo, sempre però di alcuni anni, ha saputo mitigare il male, e, se non dissiparlo del tutto, renderlo almeno tollerabile (1). Eppure poco dopo l'infruttuoso cimento, che suggeriva queste parole, il Dott. Luigi Malagodi imprendeva nel Mar-

(1) Ragguaglio sulla neuralgia cubito-digitale ecc. In: *Scarpa*, Opuscoli di chirurgia. Pavia 1832 T. III.

zo 1828 nuova ed ardita operazione, il taglio cioè del nervo ischiatico, per colpa di fiera e pertinace neuralgia tibio-peronea. 4 dita trasverse sopra la piegatura del poplite. Del nervo fu asportato un pollice e mezzo, e nondimeno nel secondo giorno dell'operazione ricomparve il dolore simile a quello degli ordinarj accessi nei luoghi medesimi e nella gamba operata; il qual dolore fattosi poscia intermittente non cessò del tutto che al quarantesimo giorno. Dopo altri dieci dì il paziente era pienamente risanato, e camminava spedito senza sostegno (1). La Società Medico-chirurgica di Bologna, trascorsi 21 mesi, testimoniava la perfetta guarigione dell'operato e giustamente ammirava la bella serie di esperienze eseguite sugli animali, le quali, dirette con molto acume per determinare «se il taglio del nervo ischiatico al terzo inferiore della coscia era o no operazione eseguibile nell'uomo» condussero il Malagodi ad un'impresa da niun altro innanzi tentata. Di fatti il solo Swan in una dissertazione premiata dall'Accademia di Londra nel 1820 sulle malattie locali de' nervi aveane parlato, ma in modo piuttosto arbitrario e poco persuadente: anzi dicea che, laddove non si possa conservare il nervo peroneale, si debba preferire l'amputazione del membro. Bensì il Dott. Norfini ad un uomo, a cui per essere rimasto infitto uno stecco sotto la pianta del piede destro era sopravvenuto il tetano, avea reciso felicemente il nervo plantare esterno (2).

Nel 1836 il Prof. Baroni guariva una donna, che da 12 anni tribolava per acerbo e indomito dolore del nervo dentale inferiore: e la guariva recidendo per il tratto di 4 in 5 linee il nervo malato, a cui giunse avendo trapanato a destra e sotto il massetere la branca della mascella inferiore (3). Egualmente felice fu il Baroni quando nel 1829, siccome nelle sue carte lasciò scritto, con operazione *affatto nuova* recideva, per cagione di nevralgia, il nervo otturatore sinistro, scoprendolo con incisione profonda fra i muscoli della coscia, e portando via porzione di ambidue i suoi rami (4). La trapa-

---

(1) *Malagodi*, Memoria sul taglio del nervo ischiatico. In: Opuscoli della Soc. med. chir. di Bologna 1830 VII 172.

(2) Descrizione di alcune operaz. di chir. Pisa 1827 Os. V.

(3) Bullet. delle Scien. Med. Bologna 1836 II 144. — *Feliciani*, Operaz. chir. fatte in Roma dal Prof. Baroni. Roma 1837 Oss. V.

(4) *Burci*, Elogio biografico del Prof. Cav. Paolo Baroni. Pisa 1856 p. 23.

nazione della branca ascendente del mascellare per scoprirvi il nervo dentale inferiore fu quindi ripetuta (con processo alcun poco variato e suggerito dal Dott. Gherini) nel 1857 dal Dott. Fumagalli: ma questa volta, benchè mozzato fosse più che mezzo pollice del nervo comprendendovi il ramo milojoideo, la guarigione non fu stabile, e dopo un mese il dolore quasi come prima inaspriva (1). In quest'occasione il Dott. Parravicini proponeva di escidere il ramo del dentale inferiore prima del suo ingresso nella mascella, battendo la via della bocca per non offendere in verun modo la faccia. Dovrebbesi pertanto incidere per 3 centimetri la mucosa sino al periostio, che corrisponde al margine anteriore della branca ascendente; divaricare quindi, insinuando l'indice per entro la ferita, il muscolo pterigoideo ed afferrare con ordinaria pinzetta il nervo dentale inferiore in vicinanza dell'ingresso suo nella mascella, tagliandone 8 o 9 millimetri (2). Ma il Prof. Regnoli, sebbene non n'abbia dato notizia che tardi nelle sue *Lezioni di Medicina operatoria*, fin dal 1833 o 1834 così operava in una donna travagliata da nevralgia del mascellare inferiore. Fatta aprire ampiamente la bocca, con un coltellino falcato, traforata la mucosa, strisciava sulla faccia interna della branca ascendente della mascella, e, spinto l'istrumento a certa profondità, quando giudicò di essere al di là del foro, ove penetra il nervo, ricondusse indietro il coltellino in modo da comprendere il nervo con esso, ingrandendo poscia nell'atto dell'uscire la ferita della membrana mucosa (3). Il processo è spedito, ma l'operazione probabilmente, senz'altro che le si aggiunga, non è sufficiente; giacchè il nervo viene semplicemente diviso, o poca è la porzione che in tal modo se ne può escidere. Il Malgaigne ebbe poscia il medesimo pensiero; ma ei non lo mise ad effetto in verun malato, conchiudendo bensì l'operazione essere troppo delicata per usarla *avant de s'être familiarisé sur le cadavre avec tous les détails de l'éxécution* (4). Per altro anche la trapanazione del nervo dentario per la via della bocca era già stata messa in pratica, e molti anni ancora prima che il War-

---

(1) An. un. di Med. 1858 CLXIII 572.

(2) An. un. di Med. 1858 CLXIV 44.

(3) Lezioni di Med. Operat. Firenze 1866 p. 758.

(4) Manuel de Médec. opérat. Paris 1861 p. 114.

ren la trapanazione facesse all'esterno, dal nostro dentista Luca Fattori; il quale fin dal 1824 (1), e poscia pubblicando un Trattato della cura, pulitezza e conservazione dei denti (2), esponeva una lunga esperienza averlo convinto, che il miglior modo per debellare l'odontalgia è quello di distruggere il nervo dentario per mezzo della trapanazione. La quale facilmente egli eseguiva applicando un piccolo trapano sul dente cariato, dopo aver prima aggiustato il capo, e tenuta la bocca del paziente aperta con opportuno strumento: pochi giri dell'arco bastavano perchè la punta del trapano, forata la sostanza ossea, giungesse a recidere la polpa del nervo. Il dentista di Pontedera evidentemente esagerava l'efficacia della sua proposta; ma è pur vero ch'egli indicava una via, che meglio e più utilmente dovea servire alla cura della nevralgia dentale.

Il Prof. Inzani in un caso di nevralgia, rinnovatasi dopo 2 mesi che fu troncato il dentale inferiore per mezzo del trapano apposto sul centro della branca della mandibola; recise il nervo linguale, che potè afferrare tra i muscoli pterigoidei discoperti dilatando un seno fistoloso rimasto sulla ferita e mediante nuova trapanazione. La nevralgia fu vinta del tutto, rimanendo soltanto la paralisi del senso tattile e gustatorio nella metà anteriore del lato destro della lingua (3). Egualmente successe alla donna operata del Prof. Vanzetti, nella quale la secrezione salivare divenne anche più abbondante di prima (4). Fatto ben singolare e che avrebbe meritato ampj ragguagli, è quello succintamente accennato dal Dott. Laurenzi di Roma: in ostinata nevralgia, che seguiva il corso del *settimo pajo*, quel chirurgo escise per 2 o 3 linee il ramo cervico-facciale nel quale il paziente maggiormente sentiva il dolore; questo non più riapparve, e neppure rimase paralisi nei muscoli a cui il nervo facciale si dirama! (5).

---

(1) Antologia di Firenze 1824 n. XLI. — An. un. di Med. XXXII 27.

(2) Livorno 1832, e 1836 II^a ediz.

(3) Gaz. med. Stati Sardi. Torino 1859 p. 89.

(4) Nevralgia atroce della lingua: escisione (di 2 centimetri) del nervo linguale: guarigione. In: Gaz. med. Prov. Venete A. 1868 p. 68. — Communicat. à la Soc. de chirurg. Paris 1868 p. 111.

(5) Raccoglit. med. di Fano 1852 V. — Di una nevralgia del mascellare superiore, guarita mediante l'incisione intrabuccale di 4 linee del nervo addolorato, dà la storia il Dott. Mojani nel giornale suddetto T. XIII. A. 1844.

La nevrotomia infraorbitale fu eseguita nel 1856 dal Dott. Gherini per la cura della prosopalgia: ma invece del metodo violento di Schuh di rompere a colpi di scalpello il margine osseo infraorbitale, egli incideva la base della palpebra inferiore, rasente quel margine, e penetrato sotto la congiuntiva e l'occhio dentro l'orbita, nel canaletto osseo sottilissimo del pavimento recideva il nervo infraorbitale insieme con il suo ramo dentale anteriore. Sgraziatamente questa delicata operazione non produsse che momentaneo sollievo (1): e lo stesso fu nel caso di escisione del nervo sciatico popliteo esterno operata dal Dott. Fumagalli (2). Potè invece il Dott. Carli guarire perfettamente una nevralgia frontale traumatica, contro la quale erano stati sperimentati inutilmente varj mezzi, escidendo quella porzione di pelle in cui era compreso il punto doloroso del nervo offeso (3). Altrettanto avea pur fatto lo Jacopi in un caso di nevralgia alla parte esterna della gamba (4).

La neurotomia sottocutanea fu già parecchie volte adoperata utilmente in diversi casi di nevralgia dallo Sperino, dal Riberi, dal Borelli (5) ecc.; talora sola, talora unitamente alla miotomia, se al dolore anche la retrazione dei muscoli andava congiunta.

La cura delle nevralgie con la cauterizzazione sulla sede stessa del male, e più poi in parte lontana in quel modo che si dice, sebbene non esattamente, per *rivulsione* diè luogo a molti lavori, di cui parecchi sono importanti sotto il rispetto dell'osservazione clinica e come fatti terapeutici. La spiegazione per altro del modo di operare del gagliardo rimedio, e come meravigliosamente rapida succeda talora la guarigione per tanto tempo contrastata, non ancora fu da-

---

(1) Della cura chirurgica nelle nevralgie (An. un. di Med. 1864 CLXXXVIII 74).

(2) An. un. di Med. 1868 CCVI 612.

(3) Bullet. delle Scien. med. 1861 XV 46.

(4) Prospetto della Scuola di Chir. prat. della R. Università di Pavia I 135.

(5) *Sperino*, Nevralgia grave di molti rami del plesso cervicale destro con retrazione continua e spasmodica di molti muscoli del collo guarita colla neuro-miotomia sottocutanea (Giorn. delle Scien. med. di Torino 1842 XV 144). — *Riberi A.*, Caso di neuralgia guarita con incisioni sotto-cutanee (Ivi 1842 XV 444). — *Borelli G. B.*, Retrazione delle dita e della mano per lesione di filamento nervoso dietro un salasso. Neurotomia sottocutanea, guarigione immediata (Gaz. Stati Sardi. Torino 1858 p. 353).

ta ignota essendo eziandio la natura del male, che a quel modo combattiamo. Nè altrimenti può dirsi dell'agopuntura usata allo stesso fine di calmare lo strazio delle nevralgie. Ma tali argomenti non sono strettamente di spettanza della chirurgia, e però noi dobbiamo sovra di loro passare.

Il Dott. Giuseppe Coen avea iniziato un'opera intorno le malattie chirurgiche dell'asse cerebro-spinale, la quale rimase incompleta (1). Del tetano traumatico fu detto nel discorso delle ferite, perchè là più che altrove veniva opportuno di farne parola. Nello stesso Capo fu accennato in quali condizioni la nevrotomia possa essere adoperata contro questo genere di spasmo: qui, essendo già stata più sopra ricordata l'operazione del Dott. Norfini, occorre soltanto di mentovare i tentativi del Prof. Pecchioli di Siena per curare il tetano traumatico mediante il taglio del nervo principale subcutaneo appartenente alla parte offesa (2).

Il Dott. Asson procurava d'introdurre nel gruppo dei tumori che hanno il nome generico di *nevromi* alcune distinzioni (3): ei le traeva dalla fonte etiologica, non potendo allora l'anatomia patologica suggerire le separazioni che oggi, forse provvisoriamente, teniamo (fibromi dei nervi-nevromi nervosi od iperplasici di Virchow). Contro sì dolorosa malattia la mano chirurgica soltanto può riescire efficace, e pur troppo non ogni volta: un bel caso di nevromi lungo il nervo safeno interno nel quale l'escisione arrecò stabile guarigione, narrava il Dott. E. Tassi nel Giornale medico di Roma (4). Nel malato a cui il Prof. Giovanni Rossi, estirpava un grosso neuroma, tagliando insieme un pollice del nervo mediano, cessarono non solamente i dolori, ma in breve tempo tornò la sensibilità ed il movimento (5). L'altro Rossi, cioè il Prof. Francesco di Torino, non estirpava il neuroma, che avea sede sul ramo esterno anteriore del peroneo, bensì recideva il nervo al di sopra del tumore stesso: con ciò dileguavansi gli assalti epilettici che tormentavano l'infermo (6). Una fierissima nevral-

(1) Milano 1839 (dalle Effemeridi delle Scien. mediche del Fantonetti).
(2) Bullet. delle Scien. med. 1841 XI 614.
(3) *Spongia,* Comment. di Medic. 1837 IV 91.
(4) Fasc. di Settembre 1866.
(5) Bullet. delle Scien. med. 1843 IV 94.
(6) Elem. de méd. opérat. II 160.

gia della mammella sinistra fu eziandio debellata dal Prof. Costantini sradicando due piccoli nodi di sostanza fibrosa e quasi trasparente, che stavano annicchiati dentro il fitto tessuto adiposo del corrispondente lato ascellare (1). Finalmente ricordiamo i due casi di *neuroma cirsoideo* di Burns (*neuroma plessiforme* di Vreneuil) nella palpebra superiore operati dal Prof. Rizzoli, alla storia de' quali il Prof. Taruffi aggiungeva accurato ed erudito commento rispetto alla parte anatomica (2).

C. *Sistema osseo.*

(*Capo* 36.°)

FRATTURE — PATOLOGIA DELLE FRATTURE IN GENERALE, DELLE COMPLICAZIONI E DELLA DIFFICILE RIDUZIONE.

L'anatomia e la fisiologia delle ossa fin dal secolo scorso furono soggetto di importanti lavori, dai quali trasse profitto anche la chirurgia sì nella parte patologica, che nella curativa; imperocchè molte sono le malattie che hanno sede in quelle parti solidissime del nostro corpo. Cominceremo dalle più comuni, ossia dalle *Fratture.*

---

(1) Saggio di Clinica chirurgica. Roma 1855 p. 98. — *Zambelli G.*, Tre nevromi del nervo peroneo curati uno col caustico attuale, e due coll'enucleazione (Gaz. med. Prov. Venete 1864 p. 263).

(2) Bullet. Scien. Med. X 54. — Probabilmente a cotesta specie di tumori apparteneva quella natta in su la nuca, grossa un buon pugno con anfrattuosità intestiniformi, estirpata dal Dott. Petrali, e qui precedentemente accennata nel Capo 12 fra i tumori elefantisiaci, co' quali il neuroma cirsoideo tiene stretta parentela.

Andrea Massimini di Roma nella seconda metà del secolo scorso s'accinse a commentare il libro *de fracturis* d'Ippocrate procurando di spiegare il testo con l'ajuto de' fatti e delle nuove cognizioni. E veramente egli aggiungeva buone osservazioni e savj avvertimenti di pratica, di guisa che que' commentarj formavano in certo modo un trattato speciale intorno la rottura delle ossa (1). Quando venne pubblicata l'opera del chirurgo romano ebbe le lodi di molti e particolarmente del Luois segretario dell'Accademia reale di Chirurgia (2); quindi ricordaronla onorevolmente il Bosquillon ed il Littré (3). Anche Tommaso Celoni nella *Chirurgia istantanea* trattava delle lussazioni e delle fratture, ma più particolarmente rispetto ai soccorsi immediati, che l'una o l'altra specie di offesa esige, ed alle bisogna del foro (4). Lodovico Palliani nel descrivere le macchine del Pieropane prendeva occasione per compilare due istruttivi trattatelli intorno alle fratture della gamba, alle lussazioni e fratture del braccio (5). I nostri scrittori d'Istituzioni naturalmente occuparonsi, anche con sufficiente ampiezza, di quest'argomento; spiccando pure in questa parte, soprattutto se si ponga mente al tempo in cui egli scrivea, la singolare diligenza del Monteggia. Ei sosteneva che veramente si danno fratture *incomplete*. Recava pure un esempio di molteplici fratture congenite singolare per la simmetria e moltiplicità delle lesioni nel mezzo delle ossa lunghe di tutte quattro le estemità (6). Nell'altro caso del Dott. Cecconi le molte fratture avvennero durante la vita intrauterina senza che la madre avesse avuto veruna offesa o molestia durante la gravidanza (7). Ma sarebbe da vedere se in questo ed in simili casi, piuttosto che frattura, non fossevi difetto di riunione de' tratti ossei risultanti da molti distinti centri di ossificazione: uno scheletro di

---

(1) In Hippocratis Coi medicorum omnium longe Principis librum de Fracturis Commentaria. Romae 1776. 4° gr.

(2) *Cianciarelli Franc.*, Notizie storiche del celebre anatomico e chirurgo Andrea Massimini Romano. Roma 1792 p. 18.

(3) Hippocrates de officina medici et de fractis libri duo edente Fr. M. Bosquillon. Parisiis 1816 — *Littré*, Oeuvres complètes d'Hippocrate. Paris 1841 III 338.

(4) La chirurgia istantanea. Roma 1789-90 2 vol.

(5) Ricerche sopra due macchine chirurgiche ecc. Roma 1790.

(6) Istit. Chir. Cap. X §. 734.

(7) Giorn. della Soc. med. chir. di Parma 1807 II 14.

feto nonimestre con imperfetta ossificazione del cranio e con 79 *soluzioni di continuità*, che si conserva nel museo dello Spedale maggiore di Cremona, farebbe ragionevole il sospetto (1). Il Dott. B. Leoni estrasse da un bambino di quattro giorni un pezzo di femore lungo più di un pollice, e dopo sei settimane la riproduzione era compiuta. L'autore crede che quella fosse una frattura doppia congenita, e che il frammento fosse deviato e spinto contro la cute, nella quale eravi una *piaga rotonda*, eseguendo le operazioni necessarie per il ravvolgimento. Non potrebb' essere piuttosto un caso di necrosi e di sequestro avvenuto prima della nascita? Se il dubbio è probabile non può essere chiarito, non essendovi la descrizione esatta del pezzo levato: in ogni modo il fatto merita considerazione (2). Un curioso esempio di fessura longitudinale nel femore, niuna cagione violenta avendo operato, fu dal Manzoni esposto nel capitolo *de ossibus fractis* del II° suo libro delle osservazioni patologiche (3). Allora generalmente credevasi impossibile, a cagione dell'averlo in modo assoluto negato il Louis, simile accidente. Il Dott. Corneliani descriveva pure un caso di frattura longitudinale della tibia da lui guarito con la compressione e la fasciatura circolare (4): della quale specie di frattura se ne trovano esempj anche ne' chirurghi antichi e particolarmente nelle opere di Fabrizio D'Acquapendente: la *fractura recta* avea posto anche ne' manuali o compendj scolastici, siccome può vedersi nella Chirurgia di Francesco Peccetti da Cortona, libro compilatizio che nel seicento ebbe parecchie edizioni (5).

Palletta narrava parecchi casi di fratture che, quantunque abbastanza considerevoli, non si annunciarono co' loro ordinarj segni; ed altri casi straordinarj di fratture per semplice contrazione muscolare in soggetti sanissimi, non precedute da doglia cronica nelle ossa stesse e per conseguenza assai diverse da quelle riferite da al-

---

(1) *Ciniselli*, Sopra il Gabinetto anatomo-patol. p. 8 (An. un. Med. 1869 CCIX).

(2) Caso singolare di riproduzione ossea. In: Gaz. med. Lomb. A. 1850 p. 220.

(3) Veronae 1809.

(4) Osservaz. di lussazione ecc. caso di frattura longitudinale della tibia. Novi 1829. — Un esemplare di frattura longitudinale del femore è nel Museo anatomico di Pisa (*Civinini*, Indice degli articoli del Museo ecc. Lucca 1842 p. 79).

(5) Chirurgia in quatuor libros digesta. Florent. 1616. Francof. 1619. Ticini 1697.

tri autori, le quali toccarono a persone le cui ossa erano divenute fragili per vizio venereo, artritico od altro consimile (1). Il Monteggia ne riferiva altresì parecchi esempj da lui osservati (2); ma in questi erano precorse malattie veneree; e però la fragilità (*ostoepsatirosi* di Lobstein) sarebbe secondaria (3). Un pregevolissimo caso di osteo-psatirosi essenziale, o primitiva, in cui l'anamnesi e l'esame più diligente non valsero a mostrare l'esistenza di qualsiasi cachessia nè l'eliminazione di sali calcarei, fu testè descritto dal Dott. Minich negli Atti dell'Istituto Veneto (4). Degna di menzione speciale è la frattura del ramo ascendente dell'ischio e discendente del pube veduta dal Dott. Cappelletti (5), e massimamente se soltanto dalla sola retrazione muscolare, come giudicò l'autore, fosse stata prodotta.

Fra le complicanze delle fratture v'ha eziandio la ferita o rottura delle arterie, di cui già dicemmo alcun che discorrendo degli aneurismi, e citando l'esempio della femorale legata dal prementovato Dott. Cappelletti in un uomo nel quale contemporaneamente eravi frattura del femore ed aneurisma diffuso consecutivo; onde che parrebbe che l'allacciatura di arteria cospicua non impedisce il consolidamento dell'osso infranto. La lussazione diviene essa pure complicazione della frattura allora che il frammento, avendo il suo capo articolare fuori della cavità, non tiene più adatta posizione perchè il callo regolarmente si formi. In oltre è pur d'uopo riporre per tempo l'osso slogato, acciocchè non divenga irreducibile, attendendo che la frattura sia consolidata. Quest'accidente non è molto comune, e pressochè sempre quando succede lo si vede nell'omero e nell'articolazione

---

(1) Mem. dell'istituto Lombardo III.

(2) Cap. X §. 731.

(3) L'uomo del Dott. Bortolini, a cui si ruppe l'omero nel mezzo, semplicemente distendendo il braccio, era da lungo tempo travagliato da acerba doglia alla spalla ed al braccio stesso (*Orteschi*, Giorn. di Med. 1763 I 68).

(4) Osservaz. patol. e terap. sopra alcune malattie, delle ossa A. 1869 T. XIV (p. 102).

(5) Giorn. per servire ai progressi della Patol. 1847 XII 482. — Ne' casi esposti dal Prof. Enrico Berti di frattura obliqua della scapola, e di frattura dell'olecrano, siccome effetto di violenta contrazione dei muscoli omero-scapolari e del tricipite, non è detto se per avventura ne' pazienti fosse in antecedenza qualche condizione che rendesse più facile quell'accidente (Il Raccoglitore. Livorno 1863 p. 11).

sua superiore. Così difatti è ne' casi narrati dal Ruggieri, dal Baroni, dal Riberi, dal Massarenti (1). Il Baroni cessati i sintomi infiammatorj in sedicesima giornata (reso l'omero artificialmente solido con adatta fasciatura e sostegni), come se non fosse stato rotto, riduceva la lussazione applicando il ginocchio nell'ascella, secondo i precetti di Astely Cooper, e servendosi dell'omero come di una leva di primo genere: la frattura non si scompose, e poco dopo guariva. Il Dott. Massarenti riponeva il capo slogato nella cavità articolare, rotto che ebbe senza soccorso di macchine il callo deforme in una giovinetta 40 giorni dopo la frattura, poggiando con tutto lo sforzo del braccio disteso sul callo abbracciato dalla di lui mano, mentre che gli assistenti sollevavano da una parte l'omero, e tenevano dall'altra immobile la spalla.

Ben più grave è la complicazione delle *ferite;* imperocchè la frattura *scoperta* è in condizioni assai differenti dalla frattura *sottocutanea*, e quindi diversissimo ne segue il pronostico. Nelle fratture così complicate il chirurgo non di rado trovasi nella necessità di dover amputare, o la conservazione dell'arto non ottiene che con molteplici cure, passando per mezzo a molteplici pericoli (2). Nondimeno il Santarelli di Forlì non temette in inveterata lussazione antero-inferiore, complicata da frattura in vicinanza del capo dell'omero, di mettere allo scoperto il capo stesso e di operarvi sopra con le mani coadjuvandosi delle forze distraenti sul braccio: guarì il paziente e sì bene che parve non fosse mai stato offeso in quella parte; ma l'esempio, malgrado la buona fortuna, non è maggiormente imitabile (3).

---

(1) *Ruggieri C.*, De capitis humeri luxatione et de colli ejusdem fractura simultanea. Cremae 1790. — *Baroni P.*, De sanata quadam brachii fractura cum luxatione humero scapulari coniuncta, deque luxatione ipsa novo quodam artificio sublata (Novi Comment. Instit. Bonon. 1840 IV 345). — *Riberi A.*, Nuove vedute curative intorno la lussazione dell' omero con frattura del suo collo (Giorn. delle Scien. med. di Torino 1843 XVI 70). — *Massarenti C.*, Rottura di un callo deforme dell'omero per accavallamento dei frammenti complicato a lussazione scapolo omerale (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1858 VIII 391).

(2) *Reina Euplio*, Osservazioni e riflessioni sulle fratture complicate. Catania 1861. — Oltre sessanta osservazioni tratte dalla propria Clinica consegnava l'autore in questo libro, con la mira principalmente d' inspirare fiducia nella chirurgia conservatrice: ma anche qui la fidanza ha da essere ragionevole, acciocchè non cada nel soverchio.

(3) Saggio di alcuni casi chirurgici. Forlì 1819 p. 16.

Il distacco delle epifisi, che sì spesso va congiunto a frattura, dall' Ingrassias (1) e dal Colombo (2) fu già benissimo avvertito particolarmente ne' fanciulli. Il Bertrandi più d'ogni altro chirurgo del passato secolo trattò di quest'argomento (3): Monteggia, Palletta aggiunsero parecchie osservazioni, e da ultimo il Rognetta ne formò soggetto di ampio ed accurato lavoro (4).

La riduzione delle ossa rotte trova talora gravi difficoltà, perchè, ad esempio, l'un frammento nell'altro s'è incuneato, ovvero una scheggia s'è ad entrambi frapposta ed anche perchè troppa è la tensione muscolare. Se nel primo accidente fa d' uopo ricorrere alla resezione (5), nell'ultimo la tenotomia sottocutanea è pure stata suggerita e praticata. Ciò fece anche il Prof. Rizzoli in un caso molto grave: nondimeno, benchè avesse usato felicemente di quest'espediente, egli avverte che in alcune circostanze la tenotomia potrebbe riuscire inefficace o dannosa; confermando in tal guisa che dalla conveniente applicazione di un mezzo dipende l'ottenimento di que' buoni effetti che in altro modo sarebbe vano sperare (6). In questi casi di contrazione tetanica il cloroformio è mezzo efficacissimo, che insieme può servire a schiarire la diagnosi per qualche ragione difficile. Istruttivo è il caso capitato al Dott. Minich ne' suoi esercizj di clinica chirurgica nello spedale di Venezia. In una pazza, che aveva frattura del collo femorale, osservò egli che il piede era rivolto in dentro, invece che in fuori; caso rarissimo nelle fratture del collo, essendo al contrario, siccome è noto, sintoma di lussazione. Per torre ogni dubbio ei fe' inspirare cloroformio alla malata, ed allora potè facilmente ruotare il piede all'esterno, sentire lo scroscio ed accertarsi della frattura e della sua sede (7).

---

(1) Comment. in lib. Galeni de Ossibus.

(2) De re anatomica Lib. I c. 2.

(3) Opere anat. e chir. T. V.

(4) Gazette médicale de Paris. A. 1834.

(5) Fra i casi di mozzicamento delle ossa rotte sporgenti dalla ferita, é istruttiva la storia di segatura dell'estremità dell'omero nell'articolazione cubitale narrata dal Dott. Mazzola nei primi volumi degli Annali Universali di Medicina (1819 X 319): prudentissimi poi i consigli del Monteggia su questo proposito (Istit. chir. Cap. X §. 838).

(6) Sulla tenotomia sottocutanea del tendine d'Achille in alcune fratture della gamba ecc. (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1851 III 417).

(7) Giorn. veneto delle Scien. med. A. 1866.

(*Capo* 37.°)

DEL CALLO. – DOTTRINE DELLO SCARPA ED ESPERIMENTI DEL TROIA.

Pregevole tributo alla patologia delle fratture è l'ultimo capitolo delle *Exercitationes pathologicae* in cui il Palletta tratta delle varie cause che impediscono il consolidamento delle ossa rotte delle quali espone le nuove posizioni ed i nuovi rapporti delle pseudoartrosi secondo i risultamenti dell'indagine anatomica. Ei mostrava altresì che non sempre gli stati discrasici (lo scorbuto verbigrazia) impediscono la consolidazione de' frammenti (1). La qual cosa fu anche mostrata dal Regnoli; anzi il valente chirurgo traeva da ciò argomento per combattere le esagerazioni e contraddizioni dei *flogosisti*, che la friabilità delle ossa facevano dipendere da infiammazione, ed all'infiammazione ascrivevano il consolidamento delle fratture (2). Nemmeno la decrepitezza fa sempre ostacolo a che saldansi le ossa rotte: così il Dott. Cerulli di Anghiari narra il caso di consolidamento di frattura del collo dell'omero in un vecchio di 95 anni, ottenuto dopo 40 giorni: consolidamento perfetto verificato con la necroscopia, il vecchio essendo morto l'anno dopo (3).

Lo Scarpa avea scritto la dottrina di Galeno intorno il callo (le ossa frante riunirsi per l'interposizione d'un glutine) esser vera in tutte le sue parti purchè vi si aggiunga, che codesto glutine è una sostanza suscettibile di organizzazione vascolare, e capace di divenire esso pure osso perfetto. In fuori del callo non v'ha rigenerazione di

---

(1) Cap. XX Callus deficiens, Pars altera. Mediolani 1826. — Singolare è il caso narrato dal Manzoni di un tale, che avendo dolori forti sifilitici con esostosi, si ruppe l' omero pel solo voltarsi in letto: con tutto ciò la consolidazione si fece presto, ancorchè la lue non fosse vinta (Observat. pathol. Veronae 1795).

(2) Nuovo Giorn. dei Letterati di Pisa 1833 XXVI 117. — Nel Museo d' Anatomia fisiologica e patologica umano-comparata dell' Università di Pisa si conserva un femore, che, fratturato in due luoghi, consolidossi in uno, nell'altro no (*Civinini*, Indice degli articoli del Museo ecc. Lucca 1842 p. 78).

(3) Cenni statistici dei risultamenti ottenuti in sette anni di clinica chirurgica. Firenze 1841.

ossa; ma il succo ossifico che quello forma non è già *a periosteo, aut a molli textu celluloso, aut a tela medullari secreto, sed ab intima ossium fabrica eleborato;* cioè dal doppio ordine di vasi sanguigni, uno midollare, corticale l'altro, i quali fra loro nel centro delle ossa per mezzo di anastomosi sono intimamente congiunti. Il periostio può soltanto effondere una linfa *plastica organizzabile*, la quale fino ad un certo segno può divenire sostanza simile ai legamenti, ma non mai sostanza ossea (1). Con ciò lo Scarpa più assolutamente dello stesso Haller opponevasi alla dottrina del Du Hamel, alla quale, come vedemmo nell'Introduzione, era pur giunto il Tacconi di Bologna, senza che nulla sapesse degli studj del fisico francese. L'opinione dello Scarpa fu abbracciata anche da Bichat e prevalse in Francia fin tanto che il Dupuytren diè fuori la sua teoria mista, secondo la quale dal periostio formavasi il callo provvisorio, dall'estremità ossea la saldatura completa od ultima. Il nostro Monteggia molto prima del celebre chirurgo dell'Hôtel-Dieu aveva ammesso « la sostanza unitiva procedere nella più parte dei casi dal periostio e dall'osso unitamente (2) ». Del pari il Palletta, dopo aver mostrato quanto succede nella formazione del callo, conchiudeva questo non esser prodotto soltanto dal periostio gonfiato, o dalle papille carnee che nascono dalla superficie delle ossa rotte, ovvero dall'umore che geme dalle parti molli vicine; bensì mostrarsi effetto di tutte queste principali circostanze (3): con la quale conchiusione l'illustre autore si scostava alquanto dall'assoluta opinione dianzi professata, discorrendo della rigenerazione d'un pezzo di tibia lungo 5 pollici da lui osservato fin dal 1790, che cioè la nuova sostanza ossea soltanto dalla vecchia rimasta sana provenisse (4).

Le più recenti indagini anatomiche, gli esperimenti e l'osservazione microscopica convengono che da tutte queste fonti nasce veramente la neoplasia che dee formare il callo, e che il periostio non ha parte sì prevalente come fu creduto. E qui occorre ricordare gli

(1) De penitiori ossium structura. Lipsiae 1799.

(2) Cap. X §. 757.

(3) Callus deficiens Op. c.

(4) Exercitat. pathol. P. I Cap. IV. — Il Prof. Bucci riferisce che nel Museo patologico dell'Ospedale di S. Spirito di Roma v'ha una tibia riprodotta senz'opera del periostio (Notizie di pezzi patologici ecc. Roma 1835 p. 20).

esperimenti del napoletano Michele Troja, il quale dopo aver instituito molteplici esperimenti per dimostrare che il periostio è il grand'organo che prepara i sughi ossei per la formazione, per l'accrescimento e per la riparazione delle ossa; altri ne conduceva pei quali vide formarsi, dopo aver distrutto il periostio e fatto cadere in necrosi l'osso vecchio, un *osso interiore* nel canale midollare. Il medico napoletano, giova notarlo, benchè istituisse i suoi primi esperimenti a Parigi, non ebbe in animo di sostenere le opinioni di Du Hamel; chè anzi le combatte talvolta, nè considera al pari di lui l'ufficio del periostio. Si meravigliava egli pertanto che moderni scrittori lo ponessero fra i partigiani della dottrina del fisiologo francese, che attribuiva al periostio la facoltà di accrescere le ossa ossificando mano a mano le proprie lamine; mentre che egli invece ammetteva l'ossificazione succedere mercè d'un umore effuso tra il periostio e l'osso che prima di convertirsi in sostanza ossea si rappigliava in filamenti gelatinosi e cartilaginei (1). Coteste vedute di trent'anni fa oggi pure sono nella sostanza vive, e riconfermate dai moderni modi d'investigazione; conciossiachè da' più valenti scrittori è conchiuso *il vero modo d'ossificazione consistere nella secrezione di una linfa plastica ossificabile:* lo stadio cartilagineo darsi veramente nella formazione del callo, se non in modo costante, assai frequentemente, quantunque ancora non sappiasi perchè l'ossificazione sia talora diretta, o come dicono *invadente,* talaltra invece *successiva* allo stato cartilagineo.

---

(1) Il Troja nella prima sua opera (De novorum ossium in integris aut maximis ob morbos deperditionibus, regeneratione experimenta. Lutetiae Parisior 1775) non definì precisamente qual fosse l'opinione sua intorno l'uffizio del periostio, ma l'espresse formalmente nella successiva, la quale è una traduzione con aggiunte e correzioni dell'altra, stampata a Napoli nel 1779 (Esperienze intorno alle rigenerazioni delle ossa ecc. §. CXXXII), riconfermandola nell'ultimo suo libro *Osservazioni ed esperimenti sulle ossa* ecc. (Napoli 1814 §. 92).

(*Capo* 38.°)

CURA DELLE FRATTURE IN GENERALE.

APPARECCHI AMOVIBILI E INAMOVIBILI. — SISTEMA DELL'ESTENSIONE RETTA E SISTEMA DELLA SEMIFLESSIONE.

Ora passiamo a dire della cura delle fratture in generale e di alcune di queste in ispecie.

Il Prof. Porta nella dotta sua dissertazione intorno le fratture del femore ha discorso eziandio dei diversi metodi curativi che convengono nelle ossa rotte. Egli mostra come i più antichi scrittori italiani seguendo i precetti de' maestri greci e latini abbiano generalmente adoperato gli *apparecchi cementati* per tenere immobili le membra fratturate (1). Cotesta pratica nel secolo scorso cadde nell'obblio, in conseguenza di quello studio di semplicità che allora penetrava nella terapeutica. Sapevasi già il callo farsi naturalmente e da sè, purchè i frammenti sieno tenuti fermi ed in buona posizione; non era quindi d'uopo di osteocolla o di altri medicamenti che inossino; bastava con i soli mezzi meccanici mantenere la fatta riduzione. Nulladimeno quelle sostanze, quantunque decorate de' nomi di *consolidative* e di *roboranti*, non erano realmente che materie glutinose, le quali seccandosi formavano cemento e chiudevano l'arto come dentro un astuccio: onde che l'azione loro era del tutto meccanica. Se l'innovazione, dice il medesimo professore, successa nel secolo XVIII per un lato fu un miglioramento od una semplificazione dell'arte, liberandoci dall'eccesso di espedienti o di medicature locali che si usavano per lo addietro; dall'altro lato fu un vero errore dei primi maestri di quel tempo di aver bandito l'apparecchio cementato, che con tanta perseveranza si era conservato nella pratica dopo Ippocrate per oltre venti secoli, potendo esso in più casi colla sua efficacia

---

(1) Mem. dell'Istit. Lomb. 1863 IX 289.

sopperire all'insufficienza ed intolleranza degli altri mezzi (1). Ma le *chiarate* e le *stoppate* rimanevano nella pratica volgare; ed anche, malgrado la generale proscrizione, venivano riproposte e adoperate in forme meno rozze e più convenienti da parecchi nostri valenti chirurghi. Così è che Bernardino Moscati (2) nella frattura del collo dell'omero applicava un'apparecchio composto di faldelle di stoppa. di bende piegate pel lungo e di fascie inzuppate nella chiara d'uovo dibattuta (3). Ciò stesso faceva il Rossi di Torino, combinando nella frattura dell'omero la fasciatura del Desault con la *chiarata* (4); ed il Monteggia, lodando il suo predecessore Moscati, diceva che se si potesse metter la parte fratturata e già accomodata in un'esatta forma od astuccio, che anche, senza comprimerla, si limitasse ad impedirne ogni benchè menomo cangiamento di figura; ciò pure sarebbe bastevole a tener in posto le ossa esattamente (5). Uno de' primi a nuovamente raccomandare fra noi gli apparecchi permanenti fu il Dott. Giovanni Cappelletti con alcune osservazioni proprie pubblicate nel 1836 (6). Alle resine, alla pece, al bianco d'uovo ecc. vennero sostituiti l'amido, la destrina ed altre sostanze più comode per solidificare l'apparecchio, la cui applicazione fu pure sottoposta a certe regole (7): ma tutte queste sono modificazioni o processi di antico

---

(1) Mem. cit. p. 293.

(2) Chirurgo nell'Ospedale Maggiore di Milano.

(3) Mem. de l'Acad. de Chirurgie IV 105.

(4) Élém. de Médec. opérat. I 94.

(5) Istit. chir. Cap. X §. 792. Cap. XII §. 982.

(6) An. un. di Med. LXXX 129.

(7) *Cerulli Filippo*, Istorie di clinica chirurgica sulla utilità dell'apparecchio permanente nelle fratture dei bambini in preferenza (Bullet. delle Scien. med. 1840 X 95). — *Biagi Lodovico*, Del trattamento di alcune fratture con l'apparecchio inamidato. Firenze 1843. — *Rovati Paolo*, Sugli apparecchi inamovibili delle fratture (Atti del Congresso di Milano A. 1844). — *Pertusio*, Sull'apparecchio inamidato (Giorn. delle Scien. med. di Torino 1846 XXVI) ecc. — Il Prof. Rizzoli molto raccomanda, avendola utilmente provata, la gomma senagal od arabica sciolta nell'acqua tiepida e nello spirito di vino (metà di quella, quattro quinti di questo) perchè sostanza che facilmente si trova, si prepara e si applica; che ben indurisce e si conserva. Inoltre costa meno del silicato di potassa, e le fascie adoperate possono servire ad altri usi, giacchè è agevole cosa sciorre l'apparecchio bagnandolo con acqua tiepida (Collez. di Mem. chir. Bologna 1869 I 137). Per altro quando a cagione di perdita o di profluvio d'umori la fasciatura rimanesse bagnata, cotesta prerogativa che ha la gomma di rammolirsi diverebbe incoveniente o svantaggio; ma a ciò potrà ripararsi, spesse volte almeno, mediante tela incerata, od altra cosa consimile.

metodo, posciachè *l'idea dell' inamovibilità dell'apparecchio* (come dice il Prof. Ranzi) *esisteva nella scienza dall' antichità più remota.* Ed il Prof. Palasciano rispetto a tali variazioni scriveva, che i servigj che si potranno rendere alla terapia delle fratture debbono riguardare non tanto nuove materie solidificabili da sostituirsi alle già conosciute, quanto *l'applicazione dei principj del metodo nella massima loro espressione a ciascuna frattura in particolare* (1). Il Dott. Enrico Bottini in un recente lavoro si è studiato di rendere più generale l'uso degli apparecchi cementati nella cura delle fratture, adoperando come materia solidificante il silicato di potassa raccomandato dallo Schuh di Vienna, aggiungendo per rendere più solido l'apparecchio le striscie di cartone proposte da Seutin, ed interponendo fra arto ed astuccio bambagia, affine di poter accoppiare i vantaggi della solidità con quelli della cedevolezza, secondo che da Burgraeve veniva usato (2). Questi apparecchi muniti degli opportuni pertugj applica il Bottini eziandio nelle fratture complicate sì dell'omero che del femore. Sopra 193 casi di fratture da lui curate con tal metodo nell'ospedale di Novara nel biennio 1866-67 e nel primo semestre 1868, 38 delle quali erano complicate, e 60 del femore, avrebbe ottenuto non meno di 188 (97 per 100) *guarigioni regolari* (3). Risultato veramente straordinario in confronto a quello dalla maggior parte de' chirurghi ottenuto, e che vorremmo da altri ancora fosse conseguito, acciocchè il valore del metodo n'uscisse più splendido e sicuro. Il Prof. Landi invece, ch'ebbe a curare parecchi de' soldati rimasti feriti nella strada ferrata presso Asciano, mentre vedeva riunirsi regolarmente le ossa delle gambe, al contrario in tutti i fratturati del femore ebbe accorciamento anche non lieve, tanto in coloro cui vennero applicati i consueti apparecchi ad estensione permanente, quanto negli altri che con apparecchi inamovibili furono medicati; onde

---

(1) Mem. ed Osserv. di Chir. prat. Napoli 1860. — Archivio di Chir. IV 190.

(2) Anche il Minich di Venezia, che fu uno de' primi ad adoperare in Italia il silicato di potassa, metteva in opera nell' apparecchio inamovibile la bambagia del Burgraeve. — Nello spedale di Lodi dal Dott. Fiorani è stata sperimentata la parafina, la quale sul silicato di potassa avrebbe parecchi vantaggi, e principalmente d' indurire egualmente ma più presto, e di costar meno (An. un. di Med. CCXII p. 503).

(3) La terapia delle fratture (An. un. di Med. 1868 CCVI).

che egli non trovava ragione di preferire gli uni agli altri. Ma pochi erano que' feriti, troppo gravi le loro condizioni sì locali che generali, per poterne trarre assoluto giudizio (1). D'altra parte non più che 7 sopra 60 erano le fratture complicate del femore curate dal Bottini, ed in tre casi di frattura intracapsulare del collo del femore il callo non potè formarsi.

Ma troppo è pretendere che l'apparecchio inamovibile non abbia difetti, e possa così adattarsi alla grande varietà dei casi particolari da supplire a qualsiasi altro mezzo di cura. Il Prof. Porta si è opposto a tali esagerazioni enumerando i vizj del metodo principale dei quali è l'*inflessibilità* dell'apparecchio, onde che la guaina che ne' primi giorni abbracciava l'arto in ogni punto, diviene girevole allorquando quello si sgonfia o dimagra, nè al difetto può bastantemente riparare l'elasticità della bambagia che si pone sotto alla fasciatura. In oltre l'apparecchio cementato, esercitando una semplice pressione periferica, non ha potere contro lo spostamento per accavallamento nelle fratture del collo e del corpo del fumore; quindi può coadjuvare, non sostituire gli apparecchi estensivi (2). Nondimeno le indicazioni, che per lo stesso apparecchio cementato il Prof. Porta ammette nella cura delle fratture in genere, ed in particolare per quelle della diafisi del femore, sono molte ed assai late; onde che nel fatto quello non è più soltanto un mezzo speciale od eccezionale. In conchiusione l'azione dell'apparecchio inamovibile non è diversa da quella degli altri apparecchi: quando è consolidato agisce come le ferule degli apparecchi mobili; esso è quindi un processo del *metodo semplice contenitivo*, e parte del sistema dell'*estensione o del piano orizzontale*, come scrive il Ranzi; sistema che pur comprende l'altro metodo dell'estensione continua, nel quale l'apparecchio dev'essere non solamente *contenitivo*, ma ancora *estensivo*.

Fra le macchine che servono all'estensione, quantunque inventate nel secolo scorso, dobbiamo ricordare quelle del Vicentino Alberto Pieropan (3), poscia meglio fatte conoscere e adoprate dal Pal-

(1) Lo Sperimentale 1862 X 327.

(2) Mem. cit. p. 296.

(3) Opuscoli scelti di Milano 1780 III 24.

LIANI di Roma (1), perchè contribuirono a rimettere in pratica con miglior metodo e frutto l'estensione permanente, non avendosi allora che i mezzi troppo rozzi od insufficienti degli antichi rinnovati da PETIT e da DUVERNEY, e la macchina nuova sì, ma troppo complicata del BELLOCQ. Si volsero allora i chirurghi con grande fervore a trovare un congegno valido ed insieme tollerabile, specialmente per impedire l'accavallamento nelle fratture oblique del femore. Gli apparecchi di DESAULT e di BOYER vennero quindi generalmente preferiti ed in vario modo corretti affine di dare al primo maggiore potenza e rendere l'altro meglio sopportabile. Lo SCARPA pure vi fece parecchie modificazioni, delle quali per altro è solo ricordevole quella dello stivaletto di pelle imbottito senza suola, che è mezzo di presa del piede, siccome avverte il Prof. PORTA, assai migliore della suola di ferro a cinghie di cuojo di BOYER (2). Altre modificazioni vi fecero il MONTEGGIA (3), l'ASSALINI (4), il MANTOVANI (5), il GIARDINA (6), il VOLPI (7), il GIUNTINI (8) ecc. delle quali ricorderò soltanto quella di quest'ultimo perchè non registrata, ch'io sappia, come le altre in opere od opuscoli speciali. Il clinico di Firenze per ischivare il pericolo della gangrena dei malleoli e del dorso del piede, facili ad accadere usando il primo apparecchio del DESAULT, ridusse ad angolo retto le ferule esterne, facendo l'estensione in linea retta rispetto alle ossa componenti le estremità. Recentemente ancora il Prof. PORTA ha proposto un apparecchio estensivo retto, nel quale ha procurato di combinare quanto di meglio l'esperienza ha mostrato essere nei molti sinora immaginati. Lo compongono tre pezzi una fe-

---

(1) Ricerche sopra due macchine chirurgiche inventate da Alberto Pieropane Vicentino, la prima per le fratture della gamba, l'altra per le fratture e lussazioni del braccio. Roma 1790.

(2) L'apparecchio dello Scarpa venne pubblicato dal Prof. Jacopi nel Giornale di Fisica e Chimica del Brugnatelli. A. 1808 I 237.

(3) Istit. chir. Cap. XIII §. 1069.

(4) Manuale di Chir. I Disc. 6.

(5) Sul perfezionamento dell'apparecchio ad estensione permanente (Giorn. della Soc. d'Incorag. di Milano 1808 T. II p. 160).

(6) Mem. sulla frattura del collo del femore, con alcune modificazioni all'apparato di Desault. Palermo 1814.

(7) Nuovo Saggio di Osserv. e di esperienze medico chirurgiche. Pavia 1816 p. 92

(8) Elogio del Prof. Luigi Giuntini scritto dal Prof. Uccelli. Firenze 1824.

rula esterna di legno con a basso una corta asta trasversale forata; una cinghia pelvica a collare, o con sottocoscia e tasca di pelle o di robusto drappo, nella quale entra il capo superiore della ferula; uno stivaletto della stessa stoffa senza suola che si allaccia all' asta trasversale della ferula; più dei ripieni o piumacciuoli di compresse e delle fascie circolari. L'apparecchio senza dubbio è semplicissimo: giudicherà l'esperienza se alla semplicità si congiungano, come afferma l' inventore, sufficiente potenza ed agevole tolleranza. Se non che per garantire meglio la riduzione e l' immobilità dell'arto in soggetti indocili ed irrequieti possono benissimo convenire *le addizioni della fasciatura espulsiva e della ferula interna*, *o di un semicanale di cartone umettato sulla coscia; ovvero un bendaggio leggermente inamidato* (1). Tanto è vero che nella varietà delle pratiche contingenze è impossibile che un sol espediente a tutte possa bastare: « non si ha mai esuberanza di mezzi, e talvolta per adempiere indicazioni reali o fittizie si è costretti di appigliarsi a misure singolari (2) ». Oltre il piano retto estensivo, il Prof. Porta ha pure proposto *un piano inclinato* (formato da un letticello di sottili lamine di ferro), che a preferenza si applica nelle fratture del collo del femore (3). Il piano inclinato è sorto, come è noto, dal sistema della *semiflessione* di Pott, del quale fu conservata l' idea, lasciando da parte il non felice pensiero di far giacere l' infermo su lo stesso lato della frattura. Un medico condotto del secolo scorso, Annibale Parea, ebbe già occasione di notare come nel metodo di Pott la gravitazione del corpo concentrata quasi tutta sul fianco e sul trocantere del lato offeso, fa abbassare ed approfondare nel letto il bacino e la parte superiore del femore, ciò che tende a far alzare nella parte interna della coscia i frammenti (4). Anche il Monteggia faceva riflettere, che quella positura sul piano riesce alla lunga insoppòr-

---

(1) Mem. cit. p. 321.

(2) Savie considerazioni intorno l'uso dei varj apparecchi nelle diverse specie di fratture furon fatte dal Dott. Achille Formenti nella relazione su le fratture osservate nello spedale di Lodi, e curate dal Dott. Fiorani (An. un. di Med. CCXII 494).

(3) Ivi p. 316.

(4) Saggio di Osserv. chir. Milano 1784 p. 117.

tabile, onde che i malati finiscono per voltarsi e tenersi quasi sempre sul dorso (1).

Nel sistema della semiflessione entrano pure i letti pei fratturati. Il Prof. Marcantonio Dalle Ore ne immaginò e fece costruire uno avendo a curare un soggetto con frattura del collo del femore e cangrena estesa su tutti gl' integumenti dell'osso sacro (2): il Prof. Rizzoli al letto a piani inclinati di Earle aggiunse parecchie correzioni, di modo che con vantaggio potè giovarsene in non pochi casi di fratture del femore (3). Ma neccessariamente questi mezzi non possono avere larga applicazione pratica, e però il chirurgo è costretto di cercarne altri più semplici, di uso più agevole e di minor costo. Oltre che neppur questi artifizj, quantunque ingegnosissimi valgono a rimuovere i difetti di cui il sistema a piano-inclinato viene incolpato; cioè di non tenere così immobile il bacino, che non ne vengano spostamenti, e di produrre facilmente ulcerazioni al poplite, che è la parte che sostiene il maggiore sforzo dell' estensione. Parlando dell' *apparecchio barella* del Palasciano, notammo che il medesimo, disteso o piegato a foggia di piano inclinato, può servire per le fratture del femore.

(*Capo* 39.°)

DELLE PSEUDARTROSI. — DEL CALLO DEFORME.

DELLA FRATTURA ARTIFICIALE PER RIMEDIARE ALLA CLAUDICAZIONE.

Per rimediare alle pseudoartrosi varj espedienti sono stati proposti: la resezione dei frammenti per essere operazione grave, nè senza pericolo va prudentemente serbata com'ultimo sussidio. Il Dott.

---

(1) Istit. Cap. X § 805.

(2) Mem. dell'Accad. di Padova 1809 p. 47.

(3) Mem. dell'Accad. delle Scien. di Bologna V 41.

Da Camin nel 1839 felicemente l'eseguiva in una donna 2 anni e mezzo dopo ch'ebbe fratturato il femore (1). In altro caso narrato dal medesimo chirurgo l'articolazione preternaturale del femore si consolidò, 15 mesi dopo la rottura, per fortunato accidente: cadendo dal letto il malato percosse fortemente il membro già offeso; infiammossi, ma con l'infiammazione venne distrutto il sepimento fibro-legamentoso posto tra i frammenti, e quindi fu possibile la formazione del callo (2). Anche il Cittadini fin dal 1820, in un caso di frattura non consolidata delle ossa dell'antibraccio, avea resecato per ben 3 linee i frammenti dell'ulna; quelli del radio non furono toccati, non avendo ciò voluto il malato *chè troppo avea sofferto:* non pertanto anche il radio si consolidò, l'abbondante suppurazione, che a quell'operazione seguiva, avendo distrutto la sostanza legamentosa formatasi tra i frammenti. Il malato guarì così bene da poter riprendere i faticosi lavori campestri (3). Ma quando non importasse di adoperare il braccio in grandi sforzi, basterebbe per dargli conveniente stabilità qualche congegno meccanico consimile (per dire di uno de' più semplici e facili) al braccialetto di cuojo di cui fa menzione il Monteggia; il quale abbracciava e stringeva moderatamente il luogo della frattura, e si estendeva per alcuni pollici sopra e sotto di essa. Il Baroni mediante la compressione fatta col torcolare vinceva l'accavallamento di frattura obbliqua del femore, ed otteneva il consolidamento dei frammenti, malgrado che l'infermo fosse settuagenario e la falsa articolazione durasse da un anno (4). Questo stesso metodo e con pari frutto fu recentemente dal Dott. De-Vita sperimentato (5). Talvolta il consolidamento non succede perchè da peculiare ostacolo impedito: così il Dott. Gemelli in un caso, in cui avea tentato i chiodetti d'avorio secondo il metodo di Dieffenbach, trovò che una parte del muscolo vasto esterno s'era posta tra l'uno e l'altro moncone (6). Everardo Home, partendo dal principio, l'uso d'una parte

---

(1) An. un. di Med. 1857 CLXI 125. — Vedine altri casi nei Saggi di Chirurgia del Bresciani p. 82.

(2) Ivi p. 122.

(3) Ivi 1826 XXXVII 412.

(4) Bullet. delle Scien. med. 1847 XI 88.

(5) An. un. di Med. 1867 CCI 503.

(6) An. un. di Med. 1861 CLXXV 362.

essere lo stimolo suo naturale alla sanità, raccomandava per sollecitare il callo nelle ossa fratte, rimaste lungo tempo in contatto senza unirsi, di adoprar l'osso offeso: perchè la massima divenisse di pratica utilità conveniva discretamente interpretarla, non giovarsi cioè del moto, e quindi del moderato fregamento delle estremità delle ossa rotte l'una contro l'altra, che quanto bastasse per eccitare l'ossificazione. Così il Prof. Ballarini e Garneri di Torino ottennero che saldamente si consolidasse una frattura del femore già vecchia di 7 mesi, poscia che prescrissero all' infermo di reggersi in piedi e di fare qualche passo con l'ajuto delle gruccie, essendo la coscia sostenuta con adatta fasciatura (1). Il chirurgo dovrà pure tenere a mente che talvolta formansi pseudoartrosi che abbastanza bene tengono le veci delle articolazioni naturali. Un bellissimo esempio ne porgeva il Prof. Rodati nella dissertazione *de quibusdam praeparationibus anatomico-pathologicis* (2): giova qui ricordarlo succintamente. Un tale morto poscia sessagenario, sofferse, essendo bambino, la lussazione perfetta e posteriore del capo del femore con frattura ferruminata del collo dello stesso: l'osso non essendo stato riposto a luogo, la di lui testa per il lungo attrito formossi contro l' esterna faccia dell'ileo corrispondente una cavità articolare, o nuovo acetabolo, entro il quale poteva eseguire movimenti abbastanza liberi di rotazione. Il Troja notava pure altro caso consimile: rottosi il femore sotto il piccolo troncantere, il frammento inferiore si formò nel superiore una specie di nicchia girando nella medesima a guisa di capo articolare (3).

L'escisione del callo angoloso fu eseguita felicemente dal Prof. Portal di Palermo nel 1836, e di nuovo nel 1840 a cagione di frattura obbliqua nel terzo superiore del femore (4). Generalmente per altro il callo deforme già consolidato oppone gravi ostacoli alla medicina operatoria: il romperlo non va senza gravi pericoli, quantunque il Prof. Gherardi in una dissertazione letta al Congresso di Genova con pa-

---

(1) *Barovero*, Note al sistema di Chirurg. operat. di Carlo Bell. Torino 1817 III P. I 213, 234.

(2) Novi Commet. Instit. Bonon. I 176.

(3) Osserv. ed esperienze sulle ossa. Napoli 1814.

(4) Memorie medico-chirurgiche.

recchi casi fortunati avesse procurato di mettere in buon aspetto codesta pratica (1). Ma anche superati i pericoli che l'operazione seco trae, non sempre si consegue l'intento: poichè, sebbene i frammenti sieno messi nelle condizioni opportune per la consolidazione, le cagioni che produssero la prima infermità spesso persistono e la rinnovano. Il Prof. RIZZOLI mostrando i danni e gl' incovenienti delle diverse operazioni a tal fine proposte, preferisce, volendo rimediare alla claudicazione, di rompere, anzichè il callo antico, l'osso del lato sano; ondechè questo accorciandosi pareggi l'altro in lunghezza: il paziente rimarrà più piccolo, ma non zoppo. Venne il Prof. RIZZOLI in questo pensiero essendogli capitato nel 1845 di curare un fratturato, il quale erà già zoppo per causa di rottura mal consolidata del femore opposto: accavallò egli i frammenti della recente frattura e l'una gamba diventò corta quanto l' altra. Ma poco dopo avendo da curare una fanciulla claudicante per incorreggibile vizioso consolidamento di frattura del femore destro, egli immaginò di ottenere ad arte quella frattura, che nel caso precedente così bene gli avea servito per rimediare allo zoppicamento. Ruppe egli infatti in un attimo con una specie di strettojo a vite, senz'offendere le carni e le vicine articolazioni, l'osso sano nel suo mezzo, e procurò quindi la scambievole sovrapposizione dei due frammenti. La fanciulla guariva, e potè camminare, se non del tutto ritta, abbastanza bene. La stessa operazione con pari fortuna ripeteva in altra giovinetta, che rancava per colpa di lussazione traumatica iliaca del femore destro non riposta, e divenuta irreducibile. Finalmente in un ragazzo, a cui, essendo già zoppo in conseguenza di antica lussazione sintomatica del capo del femore sinistro, venne a rompersi cadendo l' osso dell'altra coscia; il RIZZOLI fece quanto nel primo caso avea fatto (2).

---

(1) Atti del Congresso di Genova. — Vedi il prementovato caso del Dott. Massarenti nelle Memorie dell'Accad. delle Scienze di Bologna (1858 VIII 391).

(2) Intorno un nuovo metodo per togliere la claudicazione, derivante dall'accavallamento e reciproca unione dei frammenti d'una frattura del femore (Novi Comment. Istit. Bonon. X 245). — Nuova applicazione della frattura artificiale del femore onde togliere la claudicazione (Mem. dell'Accad. suddetta V 41). — Della scambievole sovrapposizione dei frammenti di una frattura accidentale, od artificiale del femore, per togliere la claudicazione derivante da incorreggibile accorciamento dell'arto opposto (Bullet. delle Scien. med. Bologna 1866 I 270).

Cotest' idea del chirurgo bolognese di approfittare d'un'accidentale frattura per rimediare allo zoppicamento dell'altro lato, è senza fallo ingegnosa: se non che per rimediare alla claudicazione si ha da rompere una coscia la quale non ha verun difetto? Non vi sono altri mezzi, perchè non rompere il callo? Il nostro Ranzi ben rispondeva alle dimande a questo modo. « Se non vi sono ragioni per essere autorizzati a tanto (cioè a fare quanto operò il Rizzoli), non conviene la rottura nè della coscia una volta fratturata, ne' di quella rimasta sempre intatta; ove però queste ragioni esistessero, io forse troverei più condizioni di buona riuscita rompendo quella non mai fratturata che quella che lo fu (1) ». La frattura dell'osso sano ha il vantaggio di poter essere fatta in un luogo di elezione; la frattura artificiale può ottenersi obliqua e così più facile ne segue l'accorciamento nella voluta misura. Tutta la quistione sta nel giudicare se sufficienti siano le ragioni che spingono ad adottare un provvedimento chirurgico di tal genere nella claudicazione. I buoni risultamenti ottenuti dal Prof. Rizzoli invogliano; ma più larga esperienza deve confermarli.

(*Capo* 40.°)

DI ALCUNE FRATTURE IN PARTICOLARE.

FRATTURA DEL FEMORE E DELLA GAMBA. — DELLA ROTELLA DELLA CLAVICOLA — DELLE COSTOLE ECC.

La frattura del femore è la più importante fra quelle degli arti, tanto per la frequenza con cui avviene, quanto per la difficoltà della cura ed il facile pericolo della susseguente claudicazione. Il Prof. Porta mosso da queste cagioni scriveva la memoria, che già abbiamo

---

(1) Lezioni di Patol. chir. II 352.

fatto conoscere per la parte che tratta dei metodi di cura. Nella prima parte offre egli uno schizzo della malattia, tolto dalle proprie osservazioni: dalle medesime ricaviamo le seguenti cose. Sopra 1087 casi di fratture il Prof. Porta trovò 332 volte fratturato il femore, di cui 11 per azione muscolare. In tale somma conta 262 guariti, 9 amputati, 43 morti e 18 false articolazioni. Rarissima la frattura dei condili, soltanto 7 volte nei predetti 332 casi (1): 69 i casi di frattura del collo del femore di cui 49 in soggetti tra i 45 e gli 80 anni. Tra la frattura interarticolare e quella fuori dell'articolazione sarebbervi le seguenti differenze: la frattura interarticolare è più frequente; non presenta che poca o nessuna tumefazione al contorno del cotile; l'arco di rotazione è più esteso; maggiore la mobilità e più profondi i dolori entro il cavo articolare: l'accorciamento dell'arto più definito, non oltre cioè i due centimetri; la guarigione più lenta ed imperfetta per la facile mancanza di callo osseo. La frattura extrarticolare sarebbe meno frequente; la tumidezza più palese, l'arco di rotazione minimo, l'accorciamento vario nelle sue gradazioni ed in ragione della lacerazione delle parti molli, più pronta e perfetta la guarigione, facile il callo osseo. Questi criterj differenziali, lo dice lo stesso autore, sono semplicemente probabili, e sovente insufficienti (2). Con l'ajuto dei medesimi segni e delle anatomie fatte, sopra i predetti 69 casi di fratture del femore, avrebbe il Prof. Porta trovato 32 casi di fratture interarticolari, 16 di fratture extrarticolari, 1 di frattura mista parte dentro e parte fuori dell'articolazione, e 20 indeterminati per l'incertezza dei dati suddetti, e la mancanza della necroscopia. Con l'intendimento di chiarire le fratture interarticolari del collo del femore, instituiva alquanti sperimenti sui cadaveri di soggetti adulti; dappoichè trattandosi di fratture che avvengono improvvisamente per violenza esterna su di un'articolazione sana, nello stesso luogo e con le stesse forme delle fratture artificiali, gli effetti della decomposizione dei frammenti entro la capsula illesa nelle une e nel-

(1) Il Minich di Venezia negli Esercizj pratici sovracitati nota un caso di frattura del condilo esterno del femore, che era associato a frattura del collo del femore stesso.

(2) Questa medesima conchiusione trasse il Dott. Asson da un accurato studio anatomico e clinico della frattura del collo del femore (Giorn. Veneto delle Scien. med. 1858 XII 53).

le altre non possono essere diversi. Malgrado che in niun dei 10 casi di frattura interna da lui notomizzati abbia potuto scoprire segno di callo osseo; nondimeno egli crede che questa maniera di callo nelle fratture articolari non sia così rara come il piccolissimo numero delle anatomie fin'ora pubblicate indurebbe a credere (1).

Della possibilità di questa riunione ossea il Prof. Fabbri recava pochi anni fa due bellissimi esempj, ed un terzo in cui la saldatura stessa piuttosto che ossea era fatta da cartilagine molto compatta. Uno dei pezzi in cui era avvenuta la consolidazione ossea fu tratto dal cadavere del Prof. Matteo Venturoli. Crede il Prof. Fabbri che la mancata riunione in questo genere di fratture sia effetto della loro scomposizione, cioè del non potersi mantenere a stretto contatto le due superficie cruente della frattura. Per tutti tre i casi poi vi fu accavallamento de' frammenti, ondechè s'avrebbe ragione di sospettare che l'accavallamento in questa qualità di fratture, invece di essere una circostanza dannosa sia per lo contrario alquanto propizia. Due poi dei fratturati (tutte i tre erano vecchi) poterono reggersi, avvenuta la frattura, per qualche tempo sull'arto offeso e adoperarlo camminando benchè poi non si trovasse in loro infiggimento della base del collo del femore nella tessitura spugnosa del gran trocantere; cosa che dai più si crede trovarsi in tali circostanze. Il Prof. Fabbri fa altresì notare che la frattura longitudinale del gran trocantere non accompagna le fratture entrocapsulari, bensì quasi costantemente la frattura extracapsulare: le eccezioni a questa regola sono rarissime (2). Neppur è da tacere che il consolidamento osseo avvenne ne' predetti casi senza particolari congegni, poco più che con la sola giacitura, e con lieve accorciamento soprattutto rispetto al Prof. Venturoli. Nelle fratture entrocapsulari il Rossi di Torino non metteva verun apparecchio, tenendo semplicemente il paziente in letto quasi supino tanto tempo quanto pareva necessario per il consolidamento: nelle extracapsulari servivasi dell' estensione permanente mediante una lunga assicella dall'ileo al piede che premeva sul gran trocantere. Ed in questa se-

---

(1) Op. c. p. 285.

(2) Riunione ossea di alcune fratture entrocapsulari del collo del femore (Mem. dell' Accad. delle Scienze di Bologna 1862 XII 201). — Un esempio di frattura del collo del femore consolidata entro la capsula è pure riferito dal Dott. Ciniselli negli An. un. di Med. 1844 CX 293.

conda specie di fratture pareva al medesimo autore, per ciò che avea veduto in alcune dissezioni anatomiche, che più facilmente si ottenesse il consolidamento senza claudicazione quando la rottura fosse in linea obliqua dal di dentro all'infuori, anzi che in opposta direzione (1). In 7 casi, in cui erano chiari i sintomi di frattura interna articolare semplice, il Prof. Porta assicura di aver ottenuto la guarigione senza accorciamento, o con accorciamento appena sensibile, adoperando diligentemente il piano inclinato, meno che in uno nel quale fu usato l'apparecchio estensivo retto. Con simile buon risultato, anzi senza verun segno di claudicazione ottenne il Prof. Costantini di Roma in due fratture intracapsulari servendosi dell'apparecchio di Desault da lui alcun poco modificato con l'aggiunta d'un sostegno applicato all' inferiore estremità della stecca esterna (2). Il Dott. Antonelli narrò pure un caso di guarigione, senza superstite difetto, in un vecchio a cui si era fratturato il femore cadendo sul gran trocantere. Egli avvolse ambedue gli arti con una doppia fasciatura circolare prolungata in giro al bacino, interponendo fra i due arti un cuscino; si giovò in breve del metodo di Brunnighausen che fece tanto rumore alla fine del secolo scorso; metodo che non è punto originale, ma trovasi impiegato da tutti i chirurghi italiani del Medio Evo e del quale furono già avvertiti i difetti. Perchè il membro sano possa servire di ferula al rotto, conviene che l' uno all'altro sia ben aggiogato; altrimenti il primo trarrà ne' suoi movimenti il secondo. Ma l' immobilità ed il lungo decubito non sono nè facilmente tollerabili, nè senza nocumento: al malato dell'Antonelli occorsero quasi due mesi per rifarsi dell'emaciazione in cui era caduto (3).

Il Dott. Bernardino Larghi nelle fratture del collo del femore e nelle infratrocanteriche mette in pratica il metodo dell' estensione e controestensione, attaccando un peso alla gamba e collo del piede, facendo del letto stesso un piano inclinato ascendente con alzarlo dalla parte de' piedi (4). Il mezzo è semplicissimo; ma la controestensio-

---

(1) Élem. de Médec. operat. I 107.

(2) Saggio di Clin. chir. per gli anni 1853-55. Roma 1855 p. 174.

(3) An. un. di Med. 1836 LXXV 359.

(4) Gaz. med. di Torino A. 1861.

ne, che si ha per necessaria, è sufficientemente ottenuta con quel decubito; e questo è senza danno o grave incomodo? La posizione semiflessa verticale nella frattura del collo del femore senz'opera di macchine, ma semplicemente mantenuta con l'ajuto di due cuscini così piegati ed uniti fra di loro da rappresentare un doppio piano inclinato sul cui vertice poggia il poplite, venne molto raccomandata fin dal 1820 dal Papaleo di Napoli e quindi generalmente seguita dai chirurghi dello Spedale degl'Incurabili di quella città (1).

Il Dott. Asson ancora ha proposto un nuovo apparecchio per la cura della frattura del collo del femore, il quale avrebbe particolari vantaggi, fra gli altri quello di essere formato di varj pezzi separabili, che possono venire applicati uno dopo l'altro all'infermo senz'aver bisogno di sollevarlo e di rivolgerlo; ciò che in qualche caso puó essere inestimabile beneficio (2). Semplice assai è l'apparecchio dal Ciniselli adottato per le fratture del femore ne' bambini: compongonlo tre ferule non più grosse di 1 millimetro e mezzo, alcune fetucce di tela e il collodio, col quale ogni pezzo vien saldato e ricoperto: si ha con ciò il vantaggio di tenere netta ed asciutta la parte degli umori escrementizj, di aver un'apparecchio stabile, leggiero ed abbastanza solido (3).

Ma la cura delle fratture non sempre può esser uniforme in tutti gli stadj; nel primo stadio, o stadio del turgore, occorre non di rado una cura *rinfrescante* e *ripercussiva*, nel secondo invece vanno sostituiti i mezzi *contenitivi*, laonde l'apparecchio buono nell'un caso, non vale o non serve abbastanza bene nell'altro. Quindi è che il Prof. Cortese nelle fratture della gamba raccomanda di adoperare nel primo stadio la *cassetta* (3 assicelle unite con legacci che passano pei fori scolpiti ne' margini, per guisa che le due laterali siano quasi articolate con quelle di mezzo); nel secondo di uno stivale di cartone *inamidato* composto di due pezzi (di un semistivale cioè, che deve contenere la parte posteriore della gamba, il calcagno e la pian-

---

(1) *De Vincentiis Nicola*, Sulla frattura del collo del femore (An. clin. dell'ospedale degl'Incurabili 1836 II 222).

(2) Giorn. Veneto di Scien. med. 1858 XII 53.

(3) An. un. di Med. 1864 CLXXXIX 151.

ta del piede; di una ferula che deve chiudere la gamba stessa nella sua faccia tibiale) e da costruirsi sullo stampo della gamba sana (1). Il Dott. Miotti ha voluto conseguire i vantaggi dell'iponartecia senza aver d'uopo di sospendere il membro fratturato: ei perciò colloca il piano incavato, che abbraccia la parte posteriore della gamba e la tiene immobile, sovra altro piano consimile ma un po' più grande, in modo che quello per mezzo di rotelle scanalate scorra per certo tratto su le guide metalliche fisse ai lati maggiori di questo (2). L'autore dice di aver adoprato con molto vantaggio questo modo di comprensione: l'esperienza ne fermerà meglio il valore. Anche il Prof. Landi immaginava un *apparecchio sintetico,* che può adattarsi alla maggior parte delle fratture degli arti inferiori, tanto semplici, quanto complicate da ferita, o da altri accidenti, conservando la posizione orizzontale, o semiflessa od obliqua secondo che vuole la diversa sede e qualità dell'offesa. Inoltre esso è composto di ferule capaci fino ad un certo punto di allungarsi, e per ciò può essere applicato ad individui di diversa età e statura, salvo certi estremi. Naturalmente che quest'apparecchio, dovendo soddisfare a vario indicazioni e compiere molteplici uffizj, non può esser semplice; nondimeno dalla dissertazione e dalle figure che ne dà l'autore non pare di malagevole uso (3). Il Dott. Santopadre con il suo *nuovo apparecchio estensivo* ebbe in mira principalmente di ottenere che la controestensione fosse tanto *attiva*, quanto la potenza opposta: e però fece l'apparecchio di due piani, l'un all'altro sovrapposto, che mediante una vite si scostano e s'allungano il pezzo inferiore servendo all'estensione (4).

Molto prima di Ledran e di Pott un chirurgo veneziano, Pietro De-Albertis, avea fatto l'osservazione, non essere necessaria la perfetta riunione dei pezzi divisi nella frattura della rotella per ottenere *la libertà dei soliti moti* (5). Il Flajani per propria esperienza

(1) Un. un. di med. 1855 CLII 10.

(2) Gazzetta med. Prov. Venete 1867 p. 307.

(3) Gli spedali e gli ospizj di Parigi e di Londra. Firenze 1853 p. 128.

(4) Bullet. Scien. med. 1851 XIX 128.

(5) Vedi la lettera del medesimo pubblicata in una difesa di Andrea Veronico in forma di dissertazione sopra la frattura della [illegible]tella stampata a Mecerata nel 1695.

si persuadeva che più facilmente si schiva il pericolo dell'anchilosi e della claudicazione non adoprando altri mezzi fuori della semplice naturale situazione della parte, dopo avere ne' primi giorni applicato al luogo della percossa un qualche bagno od empiastro emolliente, o risolvente, ed altri opportuni rimedj, permettendo di eseguire per tempo discreti moti nella parte stessa (1). Con questo semplice metodo il FLAJANI vedeva perfettamente sanati 4 infermi, ed in istato di servirsi liberamente della parte sebbene la riunione de' pezzi non fosse seguita. Le conchiusioni del FLAJANI furono confortate dalle osservazioni del MANZOTTI (2), e quindi splendidamente confermate dai moderni chirurghi e particolarmente dal VELPEAU. Giova per altro far notare che il Professore romano al pari di POTT abbandonava gli apparecchi, non già, come stranamente da qualcuno fu asserito, per avere un maggior divaricamento de' frammenti, bensì perchè stimava la posizione abbastanza efficace per avvicinare i frammenti stessi. Ma allora che questi siano molto scostati non sempre basta la posizione, e neppure sempre vale l'ajuto degli apparecchi, fossero anche i migliori, come quelli in genere che producono una pressione laterale e concentrica. Di questi uno de' più semplici è la doccia dell'ASSALINI, ripetuta dal BOYER, da ciascun lato della quale stanno attaccate corregge che abbracciano l'uno e l'altro frammento. Di un apparecchio, in cui la pressione veniva fatta da due cuscinetti semilunari fermi con cinghie alla doccia sottoposta, giovossi il Dott. GOLINELLI per una delle due rotule trasversalmente fratturate, ch'egli ebbe a curare nella stessa persona, servendosi per l'altra d'una fasciatura inamidata: in amendue la riunione successe assai bene, e cotanto in quella in cui fu applicato l'apparecchio a cinghie, che il chirurgo giudicò i frammenti essersi uniti *immediatamente* (3). La quale unione immediata con semplice fasciatura ottenne il Dott. GATTO in un uomo, a cui la rotella si franse trasversalmente per effetto u-

---

(1) Sopra un nuovo metodo di medicare la frattura della rotella del ginocchio. In: *Flajani*, Nuovo metodo di medicare alcune malattie Op. c. p. 87.

(2) Osserv. chir. Milano 1790. Diss. I sulla frattura della rotella.

(3) Bullet. delle Scien. med. 1846 X 304. — Sui medesimi principj è pure costruito l'apparecchio recentemente proposto dal Dott. Ghiringhelli, e da lui sperimentato utilmente in due casi di frattura trasversa della rotula (L'Osservatore di Torino 1868 p. 566).

nicamente, a quel che pare, di contrazione muscolare: al buon esito contribuì l'assoluta immobilità in cui si tenne per 50 giorni l' infermo (1). Il Dott. Bonparola di Napoli si giovò della fasciatura e del piano inclinato, ma il contatto immediato che ne seguì della rotola infranta è anche più avventuroso, la pericolata essendo vecchia più che settuagenaria (2). Vecchia altresì, e per di più malmenata dalla sifilide, era la donna curata dal Prof. Giovanni Pedemonte; non per tanto con la predetta posizione e adatto fasciatojo quella guariva in modo che *appena conoscevasi il sito della frattura* (3). Come che per altre ragioni, importante è ancora il caso riferito dal Dott. Barovero, e cioè che la nuova sostanza quasi fibro-cartilaginosa, formatasi tra l'intervallo dei due frammenti d' una rotella fratturata, tanto si sollevò da aprirsi una via a traverso i tegumenti, sicchè per torla di là fu d'uopo adoperare la tanaglia incisiva: ciò non ostante a poco a poco i muscoli del lato offeso sì bene si accomodarono a quelli dell'altro, che sparve qualsiasi indizio di claudicazione (4).

Buona messe di fatti con osservazioni anatomiche fu altresì raccolta dal Dott. Asson sulla frattura dell'estremità articolare inferiore della gamba, frattura nel più dei casi composta e per cagione indiretta, ma non sempre accompagnata da slocatura, lo spostamento potendo pur essere consecutivo (5).

Alla metà del secolo scorso il Dott. Stefano Gasparetti, medico della città di Feltre, vide 11 volte guarire la frattura della clavicola « con la sola quiete possibile agli ammalati prescritta, non meno che con la dovuta positura e direzione della parte e coll'applicazione del cerotto diapalma sovra la rottura » (6). Flajani si fece caldo sostenitore di questo semplice metodo, che pur troviamo ricordato da Celso (7). Pertanto il Flajani, smessa qualsiasi fasciatura, collocava

---

(1) Giorn. per servire ai progressi della Patol. 1842 II 411.

(2) Memoria sulla frattura della rotola guarita per contatto immediato. Napoli 1834.

(3) Esposizione ragionata delle malattie trattate nell'anno scolastico 1832-33. Genova 1839 p. 15.

(4) Note e Sistema di Chir. operat. di Carlo Bell. Torino 1817 III P. II 44.

(5) Memorie chirurgiche. Venezia 1868 p. 185 (dal Gior. Veneto di Scien. med. 1867-68).

(6) Osserv. med. chir. Bologna 1753.

(7) « Jugulum vero, si transversum fractum est, nonnunquam per se rursus recte coit, et, nisi movetur, sanari sine vinctura potest (De Med. Lib. VIII C. 8).

soltanto il malato supino, un po' inclinandolo coll'ajuto di un guanciale sul lato opposto alla frattura, e facendo che l'*antibraccio ripiegato appoggi sopra il tronco con il gomito all' indietro, di maniera che resti scostato dal tronco* (1). Il MONTEGGIA adottò il metodo, e del medesimo si trovò contento più di quello che si fosse aspettato (2). Ned oggi, dopo quasi un secolo, i chirurghi hanno saputo trovar apparecchio che soddisfi alle volute indicazioni, e valga a supplire la lunga ed incomoda giacitura (3). Ciò spicca ancora dalla discussione fatta nel febbrajo di quest' anno (1869) in mezzo alla Società di Chirurgia di Parigi a proposito della dissertazione di BAIZEAU (4).

ANDREA VACCÀ sostenne che le coste fratturate non si possono spostare dal proprio sito, quando i piani dei muscoli intercostali restati siano illesi (5): questa sua dottrina venne generalmente accolta, e dominò nelle scuole fino a tanto che MALGAIGNE non ebbe dimostrato, che lo spostamento può succedere allora pure che i muscoli intercostali non siano rimasti offesi. Per altro il chirurgo francese ebbe talvolta da' suoi esperimenti effetti eguali a quelli del Professore pisano; nè senza utilità sarebbe ritentare e variare le prove. In ogni modo è sicuro che, quando semplice sia la frattura delle coste, ne succede il consolidamento senza che sia necessario tenere il malato in letto e supino per quasi tutto il tempo della cura. MONTEGGIA combatteva con alcuni fatti da lui osservati questa pratica, e faceva riflettere

---

(1) Sopra un nuovo metodo di medicare le fratture della clavicola. In: *Flajani*, Nuovo metodo di medicare alcune malattie. Roma 1785 p. 76. — Il cerotto che applicasi, soggiunge Flajani, sulla clavicola sebbene di sua natura non possa contribuire alla riunione dell' osso, nondimeno sarà sufficiente a sostenere l'osso in sito. Segue la storia di 4 casi per mostrare l'utilità del metodo sovraindicato.

(2) Istit. C. XII § 952. Ed il Rossi di Torino scriveva in proposito « si j'ai guéri des malades sans difformité du Calus, ce sont ceux que j'ai traité avec la seule situation convenable donnée au sujet et à la partie »: egli alzava cioè il braccio orizzontalmente mediante de' cuscini insieme con l'antibraccio semiflesso (Elem. de Méd. operat. I 82).

(3) *Sisco*, Saggio dell' Istituto Clinico Romano. A. X. XI. Roma 1826. — *Papini*, Nuovo metodo per la cura della frattura della clavicola (Bullet. delle Scien. med. 1835 XI 41). — *Capparelli Leonzio*, Apparecchio a fionda doppia ecc. In: *Goffres*, Sommario iconografico ecc. trad. ital. con note Napoli 1858 p. 336.

(4) De l'inutilité des bandâges et appareils dans les fractures de la clavicule.

(5) Mem. sulla frattura delle coste, letta alla Soc. med. d'Emulazione di Parigi.

che quando l'uomo è alzato, le coste, non appoggiandosi ad alcuna parte, *debbono trovarsi in uno stato di maggior agiatezza e quiete* (1).

Dal raro caso narrato dal Dott. Bianchetti di vasto aneurisma della quarta arteria intercostale consecutivo a frattura scheggiata, o composta della costola corrispondente venne già fatta menzione nel discorrere della guarigione spontanea degli aueurismi (2).

Nè meno raro è l'avvenimento di frattura dello sterno avvenuta, secondo che scrive il Dott. Lucchetti, durante le doglie del parto in una donna robusta e scevra di que' malanni che infraliscono le ossa (3). Poco comuni sono eziandio le fratture del bacino; il Malgaigne infatti dai registri di undici anni dell'Hôtel-Dieu di Parigi, non potè trarne fuori che 10 casi. Uno lo troviamo notato nel Catalogo dei pezzi patologici del Museo dell' Archiospedale di S. Spirito di Roma. La pelvi è di adulto con frattura del sacro e de' tre pezzi ossei del sinistro innominato; non si conobbe in vita la qualità dell'offesa, giacchè, essendovi tutti i segni della frattura del collo del femore, per tale fu giudicata (4).

Delle fratture del cranio diremo più sotto nel discorrere delle malattie proprie del *capo;* e così delle fratture delle vertebre verrà fatto ricordo nell' articolo delle lussazioni delle ossa stesse, queste difficilmente rompendosi senza che si sloghino. Per la frattura della mascella inferiore varj apparecchi sono stati suggeriti più spesso ingegnosi che comodi da adoprarsi e di utile effetto: fra quelli de' chirurghi nostrani rammenteremo soltanto l'apparecchio del Garbiglietti (5), le macchinette proposte dal Crespellani (6), e dal Palamidessi (7). Francesco Rossi osservava succedere funesti accidenti in conseguenza di essere rimasto offeso il nervo mascellare inferiore

(1) Nuovo Giornale della più recente Letterat. med. chir. d'Europa. Milano 1792 III 180.

(2) Bullet. delle Scien. med. di Bologna 1846 X 221. — Vedi Cap. 19.

(3) Bullet. suddetto 1857 VII 255.

(4) *Bucci*, Notizie di pezzi patologici ecc. Roma 1835 p. 7.

(5) Ragguaglio delle principali malattie curate nello spedale de' Ss. Maurizio e Lazzaro. Torino 1834 p. 82.

(6) Rendic. dell'Accad. delle Scien. di Bologna 1840-41 p. 143.

(7) Gaz. med. Toscana 1857 p. 205.

per frattura obbliqua e scomposta della mandibola. E però se i movimenti convulsivi, il dolore ecc. non si calmano dopo i consueti medicamenti, consiglia di sconnettere la frattura affine d' introdurvi un sottile coltellino e recidere del tutto il nervo (1).

(*Capo* 41.°)

MALATTIE DELLE OSSA NON TRAUMATICHE. – DOTTRINE DELLO SCARPA DELLA NECROSI E DEL SEQUESTRO. – OPERE DI MALACARNE E DI TROIA.

Lo Scarpa non solamente si occupò dello studio anatomico delle ossa, ma anche della loro patologia; e lo fece principalmente nell'opera *de Anatome et patologia ossium* stampata a Pavia nel 1827. Nella quale opera, oltrechè sosteneva, siccome innanzi avea fatto (2), l' intima tessitura delle ossa essere *reticolare-cellulosa* e si difendeva dalle obbiezioni mossegli prima in Italia e poscia fuori (3); riconfermava tali parti godere della proprietà vitale di ammollirsi sotto certe condizioni, indi di espandersi, e riprendere infine la primiera loro solidità riassumendo il fosfato di calce. Con questi medesimi principj, e con la scorta delle osservazioni patologiche e degli sperimenti ne' bruti, lo Scarpa voleva spiegare l'essenza delle principali malattie delle ossa. Il pedartrocace, la spina ventosa. l'esostosi vera benigna, l'esostosi vera *mali moris* o maligna, l'osteosarcoma non sono in origine, ed essenzialmente che una sola malattia. Nella loro origine non si presentano che sotto l'aspetto d'un'*espansione* o d' una intumescenza del tessuto *celluloso alveolare* delle ossa, senza manifesta morbosità, ed assai volte non accompagnate da dolore: a questo primo stadio subentra il secondo, ossia quello di suppurazione, di carie ecc. l'osteosarcoma non è che il sommo grado dell' esostosi maligna ulcerosa

(1) Eléments de Méd. opérat. I 78.

(2) Nell'altra opera *de penitiori ossium structura* (Lipsiae 1799).

(3) *Meding*, De regeneratione ossium. Lipsiae 1823.

oltremodo ammollita. L'esostosi spuria invece non è che un trasudamento di succo organizzabile dall'esterna superficie dell'osso, indipendentemente dal periostio considerato sotto l'aspetto d'organo secernente, e quindi per ogni riguardo simile al callo che unisce le ossa infrante (1). Le dottrine del celebre Professore di Pavia vennero combattute fin dai primi anni di questo secolo nella parte anatomica e fisiologica. Il Caldani, Professore a Padova, sostenne la tessitura delle ossa essere lamellare (2): il Medici di Bologna procurò, liberando le ossa dei sali calcarei, di mostrare coteste lamine che formano le ossa medesime. Il Medici associava all'antica dottrina dei filamenti o fibre ossee del Malpighi, l'altra delle squame o lamine del Gagliardi. Ma il Professore Bolognese avvertiva altresì che l'organizzazione delle ossa ne' primi tempi della vita è diversa da quella che appare negli animali cresciuti ed adulti: le prime sono in ogni loro parte formate da un semplice tessuto celluloso o reticolato; le seconde hanno questa tessitura soltanto nelle tuberosità o capi, e nel cavo midollare, mentre che le pareti son formate di lamine fibrose le une alle altre sovrapposte, più facilmente ottenibili, dalle ossa dei bruti che da quelle dell'uomo (3). La parte dottrinale dell'opera dello Scarpa sulla patologia delle ossa ebbe meno avversarj, ovvero non fu combattuta che indirettamente: epperò essa non ritirossi che progredendo l'anatomia patologica e la fisiopatologia; scienze le quali hanno fatto progressi veramente stupendi. Le recenti osservazioni del Dott. Bizzozero (4), del Neumann intorno la funzione ematopoetica del midollo delle ossa (funzione che il Cortese e l'Asson aveano intravveduta ed il Tigri di Siena tentato pure di mostrare), danno a queste parti, tenute sin'ora non più che sostegni del corpo e strumenti passivi del moto, una grandissima importanza nell'economia animale; confermando anche per

---

(1) Le opinioni dello Scarpa circa il callo, che forma la riunione delle ossa rotte, furono sopra accennate al Cap. 37.

(2) Mem. sulla struttura delle ossa umane e bovine. Padova 1804.

(3) Esperienze e considerazioni intorno alla tessitura organica delle ossa (Opusc. scientif. di Bologna 1818 II 93. III 134). — Observat. anatomic. de ossium structura specimen. (Novi Comment. Instit. Bonon. I 152).

(4) *Bizzozero C.*, Sul midollo delle ossa, Studi. Napoli 1869 (dal Morgagni); Vedi ancora la Gazzetta medica Lombarda (10 Nov. 1868, 9 Gen. 1869. Giugno 1869) e i Rendiconti dell'Istituto Lombardo Vol. I e II della Seconda Serie.

questa via quanto molteplici sieno le fonti che concorrono al mantenimento della vita, e quanto profondo sia il nesso delle funzioni e degli organi i più diversi. Nulladimeno nell'opera dello Scarpa noi troviamo il germe e l'idea di parecchi lavori moderni, per esempio dell'*osteite rarefacente, dell'osteite condensante, ed ulcerosa* di Gerdy. Ma quanto ancora non resta a sapere intorno a questo subbietto! Non ancora, verbigrazia, i patologi sono d'accordo se si debba ammettere la carie come uno stato patologico speciale, ovvero confonderla nell'infiammazione cronica del tessuto connettivo intra-osseo; ned ancora sappiamo, malgrado i bei lavori di Howship, di Volkmann, di Virchow ecc., come quella si formi, e per opera di quali agenti succeda la dissoluzione o corrosione della sostanza ossea.

Circa poi il modo con cui avviene l'*invaginazione* in conseguenza di *necrosi* del tubo midollare dell'ossa, detta dai francesi *sequestre*, nega lo Scarpa che la guaina ossea contenente la fistola midollare *necrosata* sia il prodotto di succo ossifico elaborato dal periostio esteso sull' estrema superficie del vecchio osso. Invece egli opina, che ogni qualvolta la necrosi abbia colpito di morte il tubo midollare dell'osso cilindrico, lasciandone intatta la corteccia, questa piena di vitalità si stacca per via degli assorbenti dal tubo midollare necrosato, indi si ammollisce e si espande a modo di guaina, entro la quale mobile sta l'osso necrosato. Estratta la fistola necrosata, sorge dall' intima superficie della guaina una maniera di carnosità, la quale col lasso di tempo ne riempie il vuoto, indi assumendo il fosfato di calce unitamente all'espansa corteccia si converte in un cilindro del tutto solido, il quale risarcisce la forma e solidità dell'osso perduto.

In che pecchi la dottrina dello Scarpa circa la riparazione delle ossa mortificate, dicemmo già parlando del callo: quella è troppo esclusiva negando al periostio qualsiasi facoltà riparatrice, e sostenendo che soltanto le epifisi o le parti superstiti dell' osso naturale siano quelle che, ammollendosi ed ingrossandosi, rifacciano la parte distrutta, non veramente mediante nuova ossificazione, bensì ricongiungendo gli estremi con il succo osseo e concrescibile, che geme dall' uno e dall'altro capo de' frammenti della diafisi. Ma contro questa assoluta dottrina sta, fra gli altri, il fatto, che, distrutto un intero cilindro osseo, l'ossificazione nasce e si forma in diversi luoghi nello stesso tempo. Il Monteggia per ciò accortamente notava la teoria dello Scar-

PA non potersi estendere a tutti i casi di vera riproduzione ossea, di cui egli pure contava parecchi innegabili esempj. Lo stesso MONTEGGIA, oltre le varie specie generalmente ammesse, distingueva un'altra forma di necrosi — *la necrosi sparsa* (nella quale varie porzioni della superficie di uno stesso osso lungo sono mortificate) *cagionata da altrettante suppurazioni sparse del periostio* (1). I molti e svariati esperimenti fatti dal TROJA nel secolo scorso e da noi già ricordati, formano oggi ancora la base della teoria accolta per la più adatta ad ispiegare come avvenga la riparazione delle ossa colpite da morte: l'importanza poi di tali esperimenti non è soltanto teorica, ma anche pratica mostrando la separazione della parte necrosata succedere spontanea, l'arte non dovendo entrarci che quando natura non basti a compiere la guarigione. Quando il DELLE-CHIAJE chiamava MICHELE TROJA *inventore della necrosi artificiale, il primo osservatore che abbia spiato il corso della natura nel travaglio riproduttivo delle ossa, quindi fondatore delle sperimentali disamine intorno alla neo-osteogenesi,* tributava al suo compaesano una lode, che oggi anche gli stranieri unanimi gli concedono (2).

VINCENZO MALACARNE nel 1801 pubblicò in Padova, sotto il nome di *Auctarium observationum et iconum,* delle addizioni all'osteologia ed osteopatologia del LUDWIG e dello SCARPA: libro pochissimo conosciuto, ma non senza pregio per le osservazioni anatomiche e cliniche che contiene. Le *Osservazioni ed Esperienze* del TROJA sono pure importanti per lo studio dell'anatomia patologica delle ossa. La IV^{a} parte di quel pregevole libro è dedicata a quest'argomento: il capitolo V,^{o} che tratta della necrosi e delle carie, contiene idee che oggi pure meritano considerazione. L'osteite rarefacente vi è bene dichiarata; vi è anche detto che la necrosi può esser effetto di altra causa, oltre l'infiammazione, della compressione, ad esempio, fatta da qualche tumore sui vasi.

---

(1) Istit. Cap. XVII §. 1214.

(2) Discorso storico sul Museo di Anatomia e sulle opere notomiche dei pubblici professori della R. Univ. di Napoli (Filiatre Sebezio LI 214). — I meriti del Troja su questo proposito sono stati con molto amore esposti dal Dott. Frusci ne' suoi Ricordi storico-critici intorno le scoverte e gli studj degl'Italiani sulla riproduzione delle ossa (Filiatre Sebezio LXII 3 e seg).

(Capo 42.°)

DELLA FRAGILITÀ DELLE OSSA E DELLA OSTEOMALACIA. DE' TUMORI OSSEI. — MAL VERTEBRALE.

I casi di osteopsatirosi o fragilità, primitiva e secondaria, delle ossa osservati dal Palletta, dal Monteggia, dal Minich ecc. notammo precedentemente; e li notammo come cagioni disponenti alle fratture (1). Ma le ossa oltre che divenire fragili, anche si rammolliscono, o non acquistano la naturale solidità; donde poi varie specie di disformazioni nello scheletro. Se non che il rammollimento che vediamo nell'osteomalacia, il pervertimento del processo di ossificazione nella rachitide, il di lui arresto e le disuguali sue manifestazioni non sono che lesioni sintomatiche la cui cagione è più intima, e probabilmente legata ad un'alterazione di tutta l'economia. Più per convenzione che per diritto la rachitide e l'osteomalacia proseguono a far parte dei trattati chirurgici. La prima osservazione anatomica d'osteomalacia su cui non cade verun dubbio venne pubblicata dal Dott. Pirro Gabbrielli di Siena nel 1698 (2). Recentemente il Prof. Taruffi di Bologna il Dott. Bertini di Firenze e l'Asson di Venezia si sono occupati dell'osteomalacia; i primi due particolarmente sotto il rispetto anatomico, l'altro sotto quello clinico. Dalle osservazioni del chirurgo veneziano risulterebbe l'osteomalacia non essere affatto *straniera ad ogni conato di reintegrazione* (3); dalle

---

(1) Vedi Cap. 66. — È altresì importante la storia narrata dal Dott. Antonio Trezzi di *frattura spontanea* d'ambedue i femori e dell'omero destro in conseguenza di quel diradamento ed assottigliamento, del cannello osseo, che il Cooper chiamò *esostosi del periostio*. La paziente era una donna di sessant'anni, la quale non ebbe altro male per lo innanzi, che molteplici affezioni reumatiche: i tumori eransi formati, non che nelle ossa cilindriche del braccio destro e delle coscie, nella clavicola sinistra e nelle ossa piane del capo (Giorn. Scien. med. chir. Pavia 1837 VII 238).

(2) Atti dell'Accad. de' Fisocritici di Siena.

(3) *Asson*, Sull'infralimento e l'ammollimento delle ossa, e fratture che ne divengono (Ateneo Veneto A. 1866 III).

indagini degli altri verrebbe confermato l'osteomalacia, che è effetto dell'esagerata produzione fuori di tempo e di luogo di uno degli elementi dell'osso (midolla rossa o fetale), essere anche per caratteri anatomici di diversa natura della rachitide (1).

La nota del Prof. Ranzi sopra alcune deformazioni delle ossa del cranio e della faccia dei rachitici, e le considerazioni sulla condizione morbosa delle ossa dei medesimi (2), va citata perchè esempio di sagace ed insieme riverente critica dell'opinione del Puccinotti « la condizione patologica del rammollimento essere condizione accidentale, ma non primitiva, della rachitide; in quantochè la condizione primitiva sembra consistere in un ingrossamento, in un indurimento di queste parti medesime, dove si fa il deposito della esuberante quantità dei principj terrosi ». Anche il Troja ebbe intorno la rachitide opinione assai diversa dalla comune: ei riguardava cioè come causa del rammollimento delle ossa nella rachitide e nell'osteomalacia, non già la diminuita proporzione del fosfato di calce, bensì l'imperfetta adesione delle parti organiche e delle minerali che insieme combinate formano l'osso (3). Pregevole pure, ma affatto dimenticata è l'osservazione lasciataci dal veronese Manzoni di certo cavaliere stato rachitico nella fanciullezza, a cui si rinnovò la malattia nella vecchiaja: venuto a morte, per anatomia fu trovato la sostanza delle costole rassomigliare al tessuto carnoso, quale appunto trovasi nelle ossa rammollite dei rachitici (4).

---

(1) *Taruffi C.*, Osservazione anatomica di un caso di osteomalacia (Bullet. delle Scien. med. Bologna 1864 XXI 401), La memoria del Prof. Taruffi è pregevole ancora per le indicazioni bibliografiche che porge per chi avesse in animo di stendere una *monagrafia* dell'osteomalacia. Di questa pubblicava due casi poco noti, benchè importanti, il Dott. Pasquale Landi (Montepulciano 1847): si noti che la prima delle due storie riguarda un giovane di 27 anni. — *Bertini O.*, Alcune considerazioni sulla Rachitide e la Osteomalacia desunte da varii casi osservati nella scuola d'anatomia patologica di Firenze (In: *Pellizzari*, Bullet. del Museo e della Scuola d'Anat. patol. di Firenze. Firenze 1860 p. 125). — Il Dott. G. Calderini pubblicava testè, pel concorso di aggregazione al collegio medico-chirurgo di Torino, una dissertazione sull'Osteomalacia fornita delle relative indicazioni bibliografiche fino al 1870. Firenze e Torino 1870.

(2) Firenze 1845.

(3) Op. cit. P. IV Cap. VI.

(4) Observationes pathologicae. Veronae 1795 n. 2.

L'aneurisma o tumore sanguigno delle ossa diligentemente descritto e studiato dallo Scarpa prima nella sua grande opera sugli aneurismi, poscia nella dissertazione sull'aneurisma detto per anastomosi. Ma il tumore pulsante in questo caso non è più se non un sintoma di una malattia dell'osso, il quale è *fatto privo di sostegno, ridotto alla primitiva sua conformazione ed in oltre convertito in sostanza molle e semielastica.* E ciò principalmente per vizio scrofoloso; giacchè cotale diatesi fra tutte più di frequente, e più manifestamente di qualunque altra, spoglia l'osso del fosfato di calce, e dispone il di lui parenchima semicartilagineo ad espandersi ed ammollirsi tanto da degenerare in sostanza fungosa (1). Contro sì fatta specie di tumore non v'ha, soggiungeva lo Scarpa, altra speranza di guarigione che l'amputare, quando pure ciò sia possibile. Di quest'estremo rimedio felicemente giovossi il Dott. Menici di Pisa in una donna, che appunto per osteo-aneurisma avea roso e guasto il capo superiore della tibia. Della quale malattia quest'era, dopo i due di Scarpa e di Pearson, il terzo caso che allora fosse conosciuto. La paziente era incinta da cinque mesi allora che si fece operare; pur nondimeno la gravidanza proseguì il naturale suo corso (2). Il Dott. Cappelletti in un caso di osteo-aneurisma sulla cresta della tibia, fallita ogni specie di compressione, legò in prima l'arteria femorale al terzo superiore, e quindi, per rimediare all'emorragia avvenuta nel luogo del laccio, l'iliaca al di sopra dell'arco crurale: nondimeno, il tumore continuando a pulsare ed a crescere, fu d'uopo decidersi ad amputare (3). Questo caso contraddirebbe il Richet, il quale ha sostenuto che i tumori puramente vascolari delle ossa (ematomi delle ossa di Volkmann) possono venir guariti con l'allacciatura dell'arteria principale del membro come se fosse un aneurisma, laddove che quest'operazione è inutile se nei tumori vascolari predomini il cancro, e soltanto impedimento ad un maggiore sviluppo se il tumore sia a mieloplassi. Ma non sempre agevole è il discernere l'una specie di tumori dall'altra, perciocchè il movimento pulsante ed il rumore di soffietto possono aversi non solamente in can-

---

(1) An. un .di Med. 1830 LIV 501.

(2) *Menici*, Osservazioni sulle aneurisme. Pisa 1824 p. 42.

(3) Sopra un caso di osteoaneurisma. (Giornale Veneto delle Scienze mediche 1865 II 158, 174).

cri dell'osso, ed in sarcomi centrali molto vascolari, ma eziandio, cosa non ancora bene spiegata, ne' medesimi tumori poveri di vasi. Il Dott. Asson cercando di determinare il concetto annesso agli *ascessi sanguigni* del Severino adduceva fatti per mostrare la stretta relazione che v'ha tra lo sviluppo de' vasi sanguigni, le telangectasie, le *formazioni placentari*, la degenerazione fungosa, tutti stadj le molte volte d'un medesimo lavorio morboso, da lui appunto contemplati nella descrizione dell'ascesso predetto (1).

Queste difficoltà diagnostiche le troviamo parimente riguardo ad altri tumori: così è che nei loro primordj è assai difficile la diagnosi degli encondromi, sarcomi e cancri delle ossa, mentre che la cura veramente efficace consiste tanto negli uni quanto negli altri nell'intieramente levare il male.

Considerati dunque clinicamente questi tumori sembrerebbero, dice il Minich nelle diligenti sue *Osservazioni patologiche e terapeutiche sopra alcune malattie delle ossa* (2), di niuno, o di poco vantaggio gli studj intrapresi recentemente per rischiarare la loro diagnosi: tuttavia, soggiunge il medesimo, dobbiamo riflettere che la diagnosi microscopica fatta dopo l'operazione ha ancora il grande vantaggio di permettere una prognosi se non certa, almeno probabile. In oltre, se attualmente non possiamo vedere il vantaggio immediato di tali studj non sono perciò questi da trascurarsi o da disprezzarsi, perchè tutto quello che serve ad aumentare le nostre cognizioni e a chiarire i fenomeni della vita contribuisce a far avanzare l'arte e la scienza medica.

Il nuovo indirizzo che oggi è stato dato allo studio dei tumori dal lato anatomico e fisiopatologico, fa che i precedenti lavori (siccome avemmo occasione di notare parlando dei tumori in genere) non servano se non per la parte strettamente clinica, e nelle loro più generali deduzioni. Lamentavano già i nostri clinici l'incertezza in questa materia: quelle organiche alterazioni indicate sotto il nome di *funghi* non essendo della medesima indole meriterebbero, diceva il Signoroni, di essere sceverate e ridotte in separati generi: una

---

(1) Giorn. Veneto delle Scienze mediche A. 1860.

(2) Atti dell'Istituto Veneto 1869 XIV.

principale divisione sarebbe quella di tumori fungosi da *produzioni abnormi di organi nuovi*, e degli altri da *degenerazione di tessuti naturali* (1).

Ad encondromi senza dubbio si riferisce la straordinaria produzione di *ossea sostanza* di cui narrava la storia il Dott. Menegazzi di Conselice; e secondo la quale nel giro di due anni una giovane avrebbe espulso 136 pezzi di sostanza ossea-cartilaginea da varie parti del corpo, ma principalmente dal naso prima e più abbondante miniera di sì fatta produzione (2). Bellissimo esempio di encondroma delle ossa fu esservato dal Regnoli, onde che fu d'uopo disarticolare la mano: la storia corredata di considerazioni fu distesa dal Dott. Palamidessi (3); il quale anche narrava un caso di tumore venoso mieloplasico della parte esterna e superiore della tibia sinistra, guarito con la soluzione concentrata di percloruro di ferro (4). Un encondroma di straordinario volume, pesava quasi 3 chilogrammi e mezzo, venne staccato dal Dott. Manfredini di Cremona dalla metà inferiore della tibia di una donna trentenne, nella quale avea cominciato 20 anni prima, rapidamente crescendo negli ultimi mesi. Con lo scalpello ed a colpi di martello vennero staccate le ultime porzioni del tumore; e però la superficie della tibia rimase scabra ed ineguale, ma l'osso non si mostrò alterato neppure rispetto al volume (5).

Dei neoplasmi attinenti al periostio occupavasi il Dott. Asson, e particolarmente della loro estirpazione: dalle sue osservazioni veniva comprovato, che anche separato del tutto il periostio, l'osso si rifà benissimo per vegetazione della diploe, e della stessa parte compatta corticale (6).

Il caso singolare *di malattia maligna delle estremità delle dita*

---

(1) Prospetto clinico della Scuola di Chir. prat. dell'I. R. Univ. di Padova (An. un. Med. 1837 LXXXII Cap. XV).

(2) Giorn. delle Soc. med. chir. di Parma 1811 IX 62, 107, 196. — Storia di una straordinaria produzione e separazione di ossa con riflessioni fisiologico-patologiche su questa singolare osteogenia. Padova 1817.

(3) Lezioni di Patol. chir. II 514.

(4) Lo Sperimentale 1865 XV 385.

(5) *Ciniselli*, Sopra il Gabinetto Anat. patol. di Cremona p. 32.

(6) Giorn. veneto delle Scien. med. 1863 XXII.

descritto dal Dott. Paolo Callegari può riporsi fra i tumori delle ossa, essendochè trovossi il tessuto osseo cambiato in sostanza *scirrosa*, sebbene il male andasse sotto la forma subdola di patereccio flemmonoso (1). Il Dott. Contini descrisse un osteo-sarcoma del femore, notabile per la mole a cui giunse in brevissimo tempo (in soli 8 mesi avea raggiunta la circonferenza di oltre 32 pollici); e poichè l'ammalata, donna quasi settuagenaria, era sempre stata sana, l'autore dà questo fatto come prova che la malattia cancerosa può svilupparsi dietro una causa qualunque indipendentemente da predisposizione (2). Poniamo fine al Capitolo dei tumori delle ossa dicendo *del mal vertebrale.*

Palletta compieva la storia della cifosi paralitica, cominciata da Percival Pott, dichiarandone con belle ed esatte figure l'anatomia patologica: egli vi discriveva già la materia tubercolosa (3). Il Monteggia, ripetendo le medesime osservazioni, notava *il tumore interno sui corpi delle vertebre essere sovente accompagnato da analoghi tubercoli alla parte posteriore della pleura e dei polmoni* (4): Delpech poscia impadronitosi di questi studj si fe' a sostenere il male di Pott essere effetto della distruzione tubercolare delle vertebre. Ma il Palletta poscia mutò avviso essendosi persuaso non essere indispensabile perchè la cifosi paralitica si formi la costituzione scrofolosa, altre cagioni, il semplice reuma e le violenze ancora, potendo produrla (5): se non che queste sono cause occasionali, di cui tanto minore occorrerà lo sforzo quanto più le ossa *per diatesi scrofolosa* saranno disposte ad infiammarsi e quindi a cadere in carie. Meramente teoretici sono i concetti etiologici messi innanzi dal Marchelli (6), dal Rachetti (7) e da altri, cioè di eccesso di acidi, di eccesso o difetto della forza nervosa. D'altronde non tutti gl' incurvamenti della spina formano parte della malattia di Pott. La quale, siccome è della mag-

---

(1) Giorn. veneto delle Scien. med. 1858 II 445.

(2) An. un. di Med. 1846 CXIX 5.

(3) Adversaria chirurgica p. 139.

(4) Istit. Cap. XXV §. 1704.

(5) Exercitat. patol. P. II Cap. IX De tuberculis ossivoris art. 2.

(6) Mem. dell'Accad. di Genova 1809 II, 56, 1814 III 209.

(7) Della struttura, delle funzioni e delle malattie della midolla spinale. Milano 1816 Cap. VIII.

gior parte delle malattie, non è ugualmente pericolosa in tutti i suoi stadj: il Riberi avvertiva che il pronostico non è tanto sfavorevole per cagione della cifosi e della paralisi, quanto per la suppurazione o fusione tubercolare (1). Di fatti i due primi sintomi possono esistere senza che vi siano ascessi; ma ciò non giustifica la distinzione che il Broca ha tentato di fare di *due malattie vertebrali*, cioè di una più grave susseguita da ascessi di congestione, di altra meno grave (il *vero male di* Pott) rare volte con ascessi e facilmente guaribile anche spontaneamente. Il Dott. Rezzonico in un diligente commentario corredato di 16 osservazioni anatomiche, conchiudeva causa prima del rachiartrocace essere sempre o la scrofola o la tubercolosi; la condizione anatomo-patologica essere in principio una vera flogosi lenta, di cui la carie è poi una conseguenza, un diverso stadio della medesima malattia (2). Nel museo anatomo-patologico dello Spedale di Cremona si conserva un preparato nel quale la carie dell'osso sacro e dell'ultima vertebra lombare fece strada ad un lombricoide per passare dall'intestino retto infistolito entro il canale sacrale, e di spingersi fra le diramazioni della coda equina, la quale non apparve facendone anatomia che iperemica, mentre che cangrenata era la meninge (3). Il Dott. Ciniselli crede, ned io saprei contraddirgli, che mai tal fatto di lombricoide penetrato nello speco vertebrale sia stato da altri notato.

Il pronostico, generalmente sì infausto per il *mal vertebrale*, diviene men grave allorachè l'affezione delle vertebre sia del tutto locale, e se vizio generale vi abbia, questo sia di tal fatta da poter essere come il sifilitico con i mezzi dell'arte domabile. Mirabile in proposito è la guarigione che il Dott. Mercogliano assicura essere seguita in un suo infermo afflitto da lue venerea, a cui egli estrasse con porzione delle apofisi trasverse il corpo della terza vertebra cervicale (tranne la lamina posteriore, che forma parte del foro vertebrale) divenuto carioso e portato tanto avanti da impedire la deglutizione, senza che il midollo spinale n'avesse alcun incomodo od il

(1) Gaz. di Med. milit. A. 1852.

(2) An. un. di Med. 1864 CXC. 349.

(3) *Ciniselli*, Sopra il Gabinetto anatomo patologico di Cremona p. 23

collo subisse veruna deviazione (1). Parte della settima vertebra cervicale, cariata e chiusa in una cisti venne pure felicemente estratta dal Prof. Giosuè Marcacci incidendo tra il muscolo sternocleidomastoideo e la trachea, sebbene l'estrazione per questa via fosse fatta anche più difficile a cagione del gozzo di cui pativa l'infermo (2).

(*Capo* 43.°)

LUSSAZIONI TRAUMATICHE IN GENERALE. — DOTTRINE DEL PROF. FABBRI.

Lamentava il Monteggia che, rispetto alle lussazioni, i più begli argomenti *a priori* si trovassero frequentemente in fallo nella pratica. Faceva d'uopo pertanto che i fatti venissero diligentemente, non più argomentati ma osservati, procurando di studiare accuratamente il meccanismo di ciascuna lussazione in ogni suo momento. La chirurgia italiana deve molto al Prof. Giambattista Fabbri sì per aver indefessamente con molta solerzia propugnata l'utilità degli sperimenti nello studio delle lussazioni (3); quanto ancora per avere, applicando sagacemente i precetti raccomandati, illustrate le lussazioni traumatiche del femore e la posteriore completa del pollice. Il suo primo lavoro su questo soggetto venne pubblicato nel 1841 fra le Memorie della Società Medico-Chirurgica di Bologna, col titolo di *Memorie di Chirurgia sperimentale sulle lussazioni traumatiche del femore* (4). Comincia dal far notare che, seguendo negli esperimenti le idee degli autori che in quel tempo aveano dominio nelle Scuole, non potè mai ottenere, in fuori della lussazione iliaca comune, dell'ischio-iliaca e sacro-ischiatica, altra specie di lussazione,

---

(1) L'Osservatore medico di Napoli. 1832 p. 45.

(2) Gazz. Toscana delle Scien. med. fis. A. 1849.

(3) Della molta importanza della Chirurgia sperimentale nello studio delle lussazioni ecc. (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1859 X).

(4) T. II p. 533-653 con tav. — Le memorie suddette furono presentate e lette nel Settembre e nell'Ottobre dell'anno innanzi.

quindi la necessità di sostituire alle comuni denominazioni altre che più esattamente esprimano i rapporti che acquista il capo del femore coi diversi punti del bacino. Così egli chiamava *lussazioni ilio-pubiale* quella detta *sul pube*, perchè il capo non è veramente a contatto nè dirimpetto a quest'osso, ma bensì è situato in faccia all'eminenza ilio-pettinea, o più veramente contro a quello spazio che è compreso tra la detta eminenza e la spina antero-inferiore dell'ilio. Neppur è vero che il capo del femore nella lussazione posteriore e superiore detta da alcuni *lussazione nella fossa iliaca*, sia precisamente e sempre collocato sulla detta fossa; laonde il semplice nome di *lussazione iliaca* pare al Prof. Fabbri il più conveniente. Circa la quale lussazione è pur da sapere che, sebbene in essa quasi sempre il capo sia rivolto posteriormente, non manca qualche raro caso in cui il capo stesso sia rivolto alla parte anteriore. La quale specie fu primieramente indicata dal nostro Monteggia: epperò il Fabbri appellava la prima *lussazione iliaca comune* e la seconda *lussazione di Monteggia* (1). La lussazione nell'incisura ischiatica ha parimenti due varietà: nell'una il capo riposa più o meno perfettamente contro la nominata incisura (lussazione *sacro-ischiatica*); nell'altra non è che a contatto di quello spazio che è compreso tra il margine posteriore della cavità cotiloidea ed il margine anteriore dell'incisura ischiatica, spazio nel quale combina la riunione dell'ischio coll'ilio (lussazione *ischio-iliaca*). Finalmente col nome di *tubero-cotiloidea* indicava la lussazione inferiore descritta da B. Bell, in cui la testa del femore è a contatto della doccia nella quale scorre il tendine dell'otturatorio esterno (2). Egli quindi opportunatamente faceva la distinzione delle lussazioni posteriori dirette, e di quelle che sono consecutive ad un'anteriore (3); e con que' suoi esperimenti mostrava, che una lussazione può in altra mutarsi. Così trovava modo

---

(1) Questa lussazione fu poscia, ma poco esattamente, chiamata *sopracotiloidea* del Malgaigne: niun Trattato prima del 1840 ne faceva parola.

(2) Avverte l'Autore che il Gerdy, partendo da' medesimi principj, ha proposto una nomenclatura a cui in parte somiglia la suesposta.

(3) Le lussazioni posteriori dirette sono prodotte da ciò che la coscia è messa a leva da un triplice movimento: flessione, adduzione, rotazione in dentro. Quanto maggiore sarà la flessione, tanto più il capo uscirà in basso. Le consecutive cominciano coll'abduzione della coscia, alla quale succede un movimento di circonduzione di basso in alto e dall'esterno all'interno.

di ripetere a piacimento la conversione (ciò che dal Malgaigne era negato) della lussazione *ovalare* in lussazione *posteriore,* stabilendo altresì un meccanismo particolare delle lussazioni posteriori, rispetto all'apertura dell' acetabolo, che denominò *meccanismo per circonduzione.* Similmente contro la sentenza del Malgaigne, il nostro Autore trovava, che si possono ottenere lussazioni complete, senza che le aderenze della capsula siano pienamente distrutte; che anzi basta ordinariamente una lacerazione poco più grande della metà della capsula stessa. Ma oltre la chirurgia sperimentale, la pratica osservazione e l'anatomia patologica provano che si danno dislogamenti completi, senza che per altro si possa dire se questi siano più frequenti delle lussazioni incomplete o marginali. Cotali sperimenti non servono soltanto a far conoscere come succedano le lussazioni; dai medesimi si ha pure luce e guida per compiere la riduzione delle ossa lussate, la quale *non è che la soluzione di un problema di meccanica, del quale si deve poter dare dimostrazione ragionata.*

La quale proposizione l'autore confermava con la pratica, suggerendo appunto i metodi più razionali per ridurre vuoi le lussazioni posteriori del femore, vuoi l'altra sul pube od ileo-pubiale, di cui anche avea stabilito due modi diversi di formazione. Ma per poter debitamente compiere i varj procedimenti che occorrono per rimettere in sito le ossa slogate, è necessario aver idee chiare e precise intorno al meccanismo ed all' anatomia patologica immediata, ossia quell'alterazione meccanica delle parti, che è l' immediato effetto dell' offesa patita. Gli antichi aveano pur conosciuto il vantaggio della flessione nella riduzione delle ossa lussate; ed avevano inoltre posto il principio, che, per ricondurre nella sua sede l'osso dislogato, era mestieri di fargli battere in senso contrario la strada che si era aperta uscendo dall'articolazione. Ma, come opportunamente avverte il Monteggia (1), la difficoltà grave di questo, d'altronde giustissimo precetto, sta nella cognizione precisa della strada percorsa dall'osso. Dal che si rende maggiormente palese la necessità di studiare a fondo il meccanismo di ciascuna lussazione. I muscoli non si oppongono all'azione delle forze che preparano la

(1) Istit. Cap. XVI §. 1307.

riduzione con la loro contrazione soltanto, ma talvolta semplicemente con la loro resistenza di tessuto. Anche i lembi della capsula legamentosa sono capaci d'impedire assolutamente la riduzione: difatti nel cadavere spogliato d'ogni muscolo non si perviene a ridurre una lussazione, se non si opera in guisa che i lembi della lacerazione della capsula siano messi in rilassamento, o non siano allontanati dall'apertura della cavità articolare. Desault avea traveduto questo genere d'impedimento, e tentava di allargare l'occhiello della capsula legamentosa, che supponeva fosse troppo angusto, imprimendo all'arte dei grandi movimenti. Il concetto era vero, ma non conoscendo l'essenza della cosa egli adottava una terapeutica erronea. Coloro poi che sono venuti dopo di lui, non seppero conoscere la parte di vero che conteneva tale dottrina. A causa dei frequenti abbagli fra le lussazioni e le fratture del collo del femore il Fabbri insiste sui veri caratteri di queste varie maniere di malattie, istituendo appunto la diagnosi differenziale (1).

Su questo medesimo argomento delle lussazioni traumatiche del femore tornava l'autore in altra Memoria (2); nella quale insegnava eziandio il modo per rendere più facile lo studio sperimentale delle lussazioni in particolar modo del femore, e cioè di spogliare l'articolazione di quasi tutti i muscoli che la circondano e la coprono. Così si vede, egli dice, nascere sott'occhio la lacerazione dei legamenti, e si assiste al processo pel quale le ossa mutano i loro rapporti; come ancora si può valutare in che consista buona parte di quegl'impedimenti, che contrastano al capo del femore di ritornare nella cavità articolare, quando si è al punto di studiare la riduzione. Esaminando quindi la lussazione ovalare dimostra che il suo meccanismo si compone di tre successivi movimenti (abduzione grande della co-

---

(1) Diagnosi differenziale tra le lussazioni posteriori comuni (che hanno il capo rivolto posteriormente) colle fratture del collo nelle quali il piede é rivolto in dentro — Id. tra le lussazioni anteriori e la lussazione di Monteggia, coll'altra specie più comune di frattura del collo stesso in cui il piede è rivolto in fuori. — In appendice sono riferite due Osservazioni di frattura del collo del femore col piede rivolto in dentro, insieme con la storia della necroscopia che ne seguiva.

(2) Intorno ad una lussazione ovalare completa, e intorno ad alcune quistioni che riguardano tutte le lussazioni traumatiche del capo del femore (Memorie dell'Accad. delle Scienze di Bologna Vol. IV. — Rendiconto dell'Accademia stessa A. 1864-65 p. 57).

scia, rotazione della medesima verso l'interno, adduzione imperfetta), e che quindi la sua riduzione deve compiersi, siccome a lui accadde di fare in un caso in cui altri espedienti fallirono, con un procedimento inverso a quello per cui la medesima formavasi. Instituendo difatti un confronto tra la lussazione ovalare del capo del femore e le lussazioni anteriori del capo dell'omero, mostra che in ambedue le specie promovendo la rotazione dell'arto all'indentro si aggrava lo slogamento; mentre che con la rotazione in fuori si fa che il capo lussato si porti a ritroso davanti alla cavità che deve accoglierlo. E poichè le lussazioni del femore si possono tramutare l'una in altra, così l'ovalare si muta in ileo-pubiale, le anteriori in posteriori consecutive e viceversa. Non così le posteriori dirette, o primitivamente tali: con tutto ciò la lussazione posteriore che ha il capo voltato all'innanzi, ossia la lussazione del Monteggia, può mutarsi in posteriore comune, cioè col capo all'indietro.

In breve il Prof. Fabbri con questi suoi studj sperimentali ha reso, diremo con il Prof. Landi, che ebbe occasione di ripeterli e per molta parte di riconfermarli, ha reso, come proponevasi, più esatte le idee sul meccanismo delle lussazioni del femore, più facile e più positiva la diagnosi, più razionale la cura delle medesime. Notomizzando poi la parte, dopo aver prodotto a bella posta sul cadavere una lussazione, egli ha pure riempiuto una grave lacuna, quella cioè dell'anatomia patologica immediata, della quale sapevamo ben poco, raramente avvenendo che un lussato muoja. o venga sezionato. E fra le diverse alterazioni ritrovate sulla parte, molto saggiamente ha soprattutto fatto notare quelle del legamento capsulare, che di necessità avvengono in diversi modi, e che hanno diretto rapporto coll'atto stesso della riduzione dell'osso slogato (1).

Ma come nelle altre cose della patologia, in questa delle lussazioni l'esperimento sul cadavere non può, nè deve far dimenticare l'altro potentissimo ajuto dell'anatomia patologica siccome appunto parlando *dell'indirizzo e tendenza della moderna chirurgia* avemmo occasione di notare (Vedi Cap. 3). E veramente nè sempre agevole, ed anche possibile è l'instituire gli esperimenti nelle stesse condizioni

---

(1) La Clinica chirurgica nello Spedale di S. Maria della Scala di Siena. Siena 1864 p. 195.

nelle quali avviene la malattia: così è che il Prof. Landi avverte che in tutte le prove da lui ripetute con effetto nel produrre le lussazioni, le lacerazioni muscolari ed anche aponeurotiche furono generalmente molteplici ed assai estese; onde che se tale risultamento si avesse per costante vi sarebbe contraddizione manifesta tra il fatto clinico ed il fatto sperimentale (1). Ma, senza più oltre fermarci su questo punto, il quale si lega al modo ed alle avvertenze con cui ha da procedere l'esperimento, certo è che questo non giunge che a ripetere la formazione del morbo, non già le diverse e molteplici sue sequele. Laonde lo stesso Prof. Fabbri, mentre che dimostrava la molta importanza della chirurgia sperimentale nello studio delle lussazioni, saggiamente conchiudeva con affermare che la chirurgia sperimentale, l'osservazione clinica e l'anatomia patologica non separatamente, ma congiunte insieme sono il fondamento saldissimo di una soda istruzione scientifica e pratica in ordine alle lussazioni (2). Non pertanto poichè in questa materia l'anatomia patologica propriamente detta non può servire tanto quanto in altre, rare essendo, siccome avvertimmo, le occasioni di far notomia di osse slogate, ne segue che i chirurgi più spesso dovranno appigliarsi agli esperimenti per imparare qual via abbia fatto il capo dell'osso fuori uscito dall'articolazione, la stessa via dovendo esso nuovamente percorrere per ricondursi in sito. L'utilità e necessità di tali prove va ogni dì più riconfermandosi sì nella parte pratica, che nella dottrinale delle lussazioni, siccome un po' più innanzi vedremo. Qui per altro non dobbiamo tacere che in Germania si chiama *metodo di Roser, o di Busch* la riduzione delle lussazioni, specialmente del femore, secondo i principj sovraesposti, quantunque il primo di quegli autori non annunziasse i suoi pensieri in proposito che nel 1857 (3), ed il Busch non tenes-

---

(1) Op. c. p. 194.

(2) Mem. cit. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1859 X. — E prima ancora nel Bullettino delle Scienze mediche il medesimo autore avea detto che le lussazioni debbono essere studiate al letto degl'infermi, ne' musei d'anatomia patologica, e nelle officine anatomiche mediante esperimenti ben fatti. *Lo studio è incompleto mancando di uno di questi tre elementi* (A. 1855 III 112).

(3) *Roser*, Zur Revision der Verrenkungslehre. In: *Wunderlich's*, Archiv für physiologische Heilkunde 1857 Heft. 1-2.

se dietro al Roser che nel 1863 (1). Il Prof. Busch lamenta altresì che il Dott. Gellé scrivendo *du rôle de la déchirure capsulaire dans la réduction des luxations récentes de la hanche* (2), abbia dimenticato gli studj de' Chirurghi di Germania; ma egli e gli altri tedeschi e francesi, ricordarono forse gli esperimenti ed i precetti dell'italiano Fabbri già da trent'anni pubblicati?

Se l'ostacolo assoluto alla riduzione stà principalmente nei lembi della capsula risultanti dalla sua lacerazione (3), non perciò può negarsi che la contrazione dei muscoli non faccia impedimento: i buoni effetti dell'anestesia, e lo stesso fatto, quantunque raro, della riposizione spontanea dell'omero lussato (di cui il Palletta ed il Monteggia videro esempj (4)) ne fanno fede. A vincere cotale resistenza vennero adoperati oltre che i mezzi meccanici, anche rimedj deprimenti ed antispasmodici (5). Il Dott. Corneliani di Novi osservando come alcuni slogamenti d'omero e di femore potessero essere riposti col presidio della sola mano, dopo che erano stati trattati da abilissimi chirurghi con le macchine, argomentavano non essere mestieri di portare a grado sommo lo sforzo dell' estensione per conseguire la riposizione delle ossa fuori di posto; bensì di mantenere i muscoli in istato di rilassamento: la qual cosa ottenevasi *portando l'arto alla semiflessione nell'atto dell'operare*, seguendo le massime inculcate da Pott, Flajani, Beniamino Bell e Cooper, ed appoggiandosi agli esempj di felice riuscita, che Palletta, Parea, Macchi, Audiberti ecc. (6) conseguirono. Pertanto con tale metodo si trae profitto dalla

---

(1) *Busch*, Beitrag zur Lehre von den Luxationen. In: *Langenbeck*, Archiv für die klin. Chirurgie 1863 IV 1.

(2) Archives générales de Médecine 1861 I 443.

(3) Il Prof. Roser precitato metteva appunto per primo corollario delle sue indagini « das Hinderniss der Einrenkung besteht fast immer in der Enge des Kapselrisses und nicht in der Muskelspannung ».

(4) Istit. Cap. XVI §. 1296.

(5) Flajani per ridurre le invecchiate lussazioni del braccio senza l'ajuto delle macchine, voleva ottenere il rilasciamento dei muscoli salassando fino al deliquio il paziente (Osservaz. prat. sopra l'amputazione degli articoli, le invecchiate lussazioni del braccio ecc. Roma 1791).

(6) Non va taciuto che Ippolito Boschi di Ferrara, discepolo del celebre Cannano, trattando dell' Osteologia nel suo libro *De facultate anatomica perbreves Lectiones* (Ferrariae 1600), combatte l'abuso che allora facevasi delle macchine per ridurre le lussazioni, mentre che la mano è lo strumento più comodo, più sicuro e meno pericoloso.

semiflessione dell'arto, senza comprimere con mezzi estensivi la muscolatura dell'osso lussato, potendo l'ajutante, che tiene le mani nella piega del cubito o del poplite, impiegare anche tutta la sua forza ove ne sia mestieri, abbracciati che abbia con la palma i rispettivi condili. Del quale procedimento giovavasi l'autore con buona fortuna per ridurre 5 lussazioni dell'omero, e 2 del femore (1). Il Palletta avea già, imitando il metodo indicato da Ippocrate e da Paolo d'Egina, adoprato, specialmente nella riduzione della coscia, di flettere questa e la gamba ad angolo acuto avvicinando il ginocchio al ventre; quindi portando il femore in fuori e, quasi girandolo sul suo asse, con mezzo giro lo rimetteva in dentro e nell'adduzione: ciò fatto il paziente era messo a giacere sul fianco sano, acciocchè la coscia malata posasse sull'altra parimente semiflessa (2). Il Dott. Annibale Parea pur tenendo ferma l'idea fondamentale, che operando col membro in flessione si ottenga il maggior possibile rilassamento dei muscoli e meglio si smuova il capo del femore, così procedeva in un caso di pertinace slogamento posteriore superiore del femore: fatto mantener saldo da più mani il bacino del paziente, e sollevata quasi a perpendicolo la coscia con il ginocchio piegato, diè un urto vigoroso contro di quella che avea afferrata inferiormente come per trarla in alto, e l'osso fuori uscito tornò subito al proprio posto (3). Or bene cotesta maniera di riduzione, che il modesto chirurgo di Varese adoperava con sì buona fortuna negli ultimi anni del passato secolo, Desprès seniore la proponeva con plauso nel 1835: *ce procédé, qui procéde essentiellement avec douceur, a donné de nombreux succés* (4).

Il Dott. Kruch di Pavia modificava il metodo suddetto affine di poter adoperare più gagliarda estensione; e perdurare maggiormente

---

(1) *Corneliani Carlo*, Osserv. di lussazioni dell'omero e del femore ridotte senza l'applicazione de' lacci e delle macchine. Novi 1829.

(2) Dissertaz. chir. Venezia 1795 p. 19.

(3) Sullo slogamento del femore. In: Nuovo Giorn. della Letter. med. chir. di Milano T. VIII p. 165 A. 1795. — Questo medesimo procedimento era raccomandato dal Rossi, poco disposto ad adoprare le macchine nelle lussazioni, nei suoi *Élèments de médecine opératoire* (T. I p. 150); ed un analogo il Dott. Pietro Varisco dice di aver adoperato con ottimo frutto nelle lussazioni, anche inveterate, scapulo-omerali, ed in ispecie nelle intra e sottocoracoidee. (Prospetto delle Operazioni chirurgiche. Treviso 1856).

(4) Rapport des Progrès de la Chirurgie en France p. 749.

nello sforzo secondo il bisogno. Fermato perciò il bacino mediante un lenzuolo piegato a più doppi passato sotto l' inguine e quindi sopra le spine anteriori dell' ileo, da un assistente viene gradatamente sollevata la coscia, piegata ad angolo sul ventre, sottoponendo la spalla al poplite, mentre che la gamba è mantenuta appoggiata contro il dorso dell'assistente stesso dal chirurgo, che dirige la riduzione; la quale poi si compie rotando la coscia dall'esterno all' interno. Dal 1818 al 1834 il Kruch praticò felicemente 12 volte questa maniera del metodo della flessione, variandone alcun poco la direzione, e girando convenientemente l'arto secondo la specie dello slogamento (1).

Con tutto ciò l'uso della forza, o delle macchine nella riduzione delle ossa lussate, soprattutto se così siano da qualche tempo, non che utile è necessario talora. Il Prof. Fabbri con i precitati suoi esperimenti ha fatto vedere che nel riporre in sito gli slogamenti v' hanno ostacoli meccanici, che colla forza non si possono vincere, e che bisogna superare colla destrezza: ma egli non esclude l'uso della forza. La diversità de' casi esige diversità di procedimenti: sperimentati e variati indarno i metodi blandi fa d'uopo adoperare la forza; ed una potenza di continuo agente può far ciò che non fu capace di operare a principio un' altra più forte momentaneamente applicata. L' impossibilità della riduzione di inveterate lussazioni dovrà essere dedotta, faceva notare il Dott. Cappelletti, dalle controindicazioni, anzi che dal tempo di sua esistenza (2). Così è che al Prof. Rizzoli veniva fatto con semplice ed ingegnoso apparecchio di estensione graduata e permanente di guarire una fanciulla di 11 anni della lussazione iliaca destra formatasi sin dai primi mesi della vita (3); siccome alquanto tempo prima avea ricomposto mediante il letto di Earle, da lui modificato, un' antica lussazione sintomatica del femore sinistro in un giovane presso che ventenne (4)

---

(1) *Kruch Carlo* (figlio), Sulla lussazione del femore. Diss. Pavia 1839.

(2) Storia di una lussazione posteriore dell'antibraccio ridotta dopo 70 giorni, preceduta da cenni generali sulle lussazioni inveterate (An. un. di Med. 1835 LXXX 42).

(3) Bullet. delle Scien. med. 1862 XVII 385.

(4) Mem. dell'Accad. delle Scien. di Bologna VI 381.

(Capo 44.°)

LUSSAZIONI TRAUMATICHE IN PARTICOLARE.

Scendendo a dire delle lussazioni traumatiche in particolare ci piace di ricordare, sebbene cosa del secolo scorso, che due anatomici e chirurghi bolognesi illustrarono gli slogamenti dell'osso ioide (1). D'allora in poi niun altro chirurgo ha fatto parola di questa lussazione, in fuori del Dott. Mugna, il quale ebbe occasione di vederla due volte nel medesimo soggetto (2). Parimente ad un chirurgo bolognese, a Giuseppe Atti, dobbiamo un ingegnoso strumento e processo per rimettere in sito la mascella inferiore, allora che non bastasse la sola forza delle dita e delle mani. In un caso di lussazione perfetta d'ambi i lati del predetto osso, immaginò di premere contro le due arcate dentarie ad un tempo affinchè, secondando la forza impiegata nell'abbassamento, non mancasse la necessaria controestensione. Con tale intendimento l'Atti fece costruire una molletta ossia dilatatore fornito di lunghi manichi, e di cuscinetti nella parte esterna delle branche corte e piatte. Applicate queste fra i denti molari, quindi premendo sui manichi, e per conseguenza allargando con forza le corte branche, abbassò il corpo della mascella, spostò i condili ed ottenne la riduzione spingendo quella indietro. Lo strumento dell'Atti venne quindi modificato dallo Stromeyer biforcandone le branche corte a guisa di ferro di cavallo: per tal modo puossi agire nell'una e nell'altra arcata dentaria con un solo strumento, spiegando anche maggior forza (3). In qualche caso gioverà il metodo di Monteggia di agire, non sui due condili al tempo stesso, ma prima su l'uno e poi su l'altro (4). Del meccanismo della lussazione della mandibola in

---

(1) *Valsavae*, Tract. de aure Cap. II §. 20. — *Molinellii P. Pauli*, De ossis hyoidis luxatione (Bonon. Instit. Comment. V P. II 1).

(2) Disfagia Valsalviana osservata due volte ecc. (Ann. un. Med. 1828 XLVIII 309).

(3) Della utilità delle macchine nella riduzione delle ossa lussate (Opusc. scient. di Bologna 1817 I 85).

(4) Istit. Cap. XVII §. 1327.

cui l'osso si porta più da un lato che dall'altro scrisse il Dott. Tommaso Bertamino, e la sua dissertazione è inserita fra quelle della Società medica di Emulazione di Genova (1). Il Prof. Rossi di Torino in un caso di lussazione laterale per irregolari contrazioni dei temporali applicava efficacemente l'elettricità positiva al muscolo del lato opposto (2). Ma era quello veramente, domanda il Monteggia (3), una lussazione?

L'antica pratica di ridurre le lussazioni inferiori dell'omero col metodo del calcagno, corretta e rimessa in onore da Astley Cooper, fu dal Dott. Giampaolo Cumano grandemente commendata siccome primo tentativo da preferirvisi a qualunque altro mezzo di riduzione in tale specie di slogamento, tanto in grazia della sua semplicità che per il giusto equilibrio che per esso può ottenersi della forza estensiva e contro-estensiva (4). Il Dott. Argenti mostrava che tal metodo può convenire eziandio nei casi di lussazione *superiore anteriore* secondaria all'*inferiore* dell'omero (5). Della riposizione di quest'osso nel caso che sia anche rotto, dicemmo nell'articolo delle fratture, citando le osservazioni di Baroni, Massarenti ecc. Ma più che delle lussazioni del braccio, di quelle dell'antibraccio e delle ossa che lo compongono si sono occupati i nostri chirurghi.

Generalmente ritenevasi impossibile la lussazione anteriore radio-cubito-omerale sull'omero (guardando alla struttura dell'articolazione stessa), se contemporaneamente non rimaneva spezzato l'olecrano. Il Denucé di Bordeaux peraltro in una buona tesi, pubblicata nel 1854, con l'ajuto degli esperimenti e dell'osservazione clinica ha mostrato non solo essere possibili le lussazioni anteriori dell'antibraccio sull'omero senza rottura dell'olecrano (come già se ne avea un esempio fin dal secolo scorso riferito dall'Evers), ma han anco succedere lo

---

(1) Genova 1801 p. 77.

(2) Elém. de Médic. opérat. I 129.

(3) *Monteggia*, Istit. chir. Cap. XVII §. 1332.

(4) Ann. un. di Med. 1834 LXIX 225. — La dissertazione del Dott. Cumano, che contiene 7 osservazioni, fu ristampata nella traduzione francese delle opere di A. Cooper.

(5) *Spongia*, Comment. di Med. 1836 I 182. — Il Dott. Bottini nel ridurre col metodo del calcagno, da lui più volte utilmente adoperato, una lussazione scapolo-omerale destra sotto-coracoidea in una vecchia settuagenaria, vide seguire la frattura di tre coste dal lato corrispondente del torace (Ann. un. di Med. CCXI 525).

stesso per altre lussazioni di quest'articolazione necessarie a distinguersi in pratica. La lussazione delle ossa dell' antibraccio in avanti può essere pure contemporaneamente, secondo il predetto Denucé, *laterale all'infuori*. Di questa lussazione non se ne conosce che un fatto pubblicato dal Chapel di Saint-Malo, in cui in modo manifesto apparisce che il radio ed il cubito eransi realmente portati davanti all'omero e nel medesimo tempo al difuori. Rimaneva da osservarsi la lussazione delle due ossa dell'antibraccio sull'omero all' innanzi ed insieme lateralmente all' interno; e questa è stata osservata dal Rizzoli sul cadavere di una contadina, che avea deforme il braccio sinistro per cagione di lussazione dell'antibraccio accaduta dieci anni prima e non riposta. A questa lussazione, da lui diligentemente notomizzata e descritta, l'autore dà il nome di *radio-cubito-omerale anteriore superiore e laterale interna* (1). Parimente il Dott. Brigidi sul cadavere di donna trovava le ossa dell'antibraccio destro ambedue lussate in avanti, ma con questo che del radio era slogato l' estremo superiore, del cubito l' inferiore (2). Della lussazione anteriore dell'estremità superiore del radio, quale effetto non già di esagerata supinazione dell'antibraccio, secondo che da molti credevasi, bensì di forzata pronazione dell'antibraccio stesso discorreva il Prof. Filugelli di Siena nel Congresso di Venezia (3). In quello di Milano il Dott. Da Camin esponeva tre casi di lussazione posteriore inveterata (dai 49 ai 106 giorni) del cubito, da lui vinte precipuamente variando la posizione dell' arto secondo che occorreva per vincere la resistenza dei muscoli partecipanti all'aberrazione articolare. E però, volendo superare la forzata distensione del tricipite allorquando le teste articolari vengon tratte dal loro posto, quegli ingiungeva d' invertire la direzione del braccio da anteriore in posteriore, formando un angolo ottuso colla scapola; nel quale atto i due antagonisti, bicipite e brachiale anteriore, venendo forzati a contrarsi agevolano la coattazione (4). Ma noi già vedemmo che gl' impedimenti

---

(1) Memorie dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1863 II 327.

(2) Lo Sperimentale 1865 XVI 243.

(3) Atti del Congresso A. 1847. — *Peyrani Gaetano*, Lussazione della estremità superiore del radio in avanti (Gaz. med. Toscana 1852 p. 36).

(4) Atti del Congresso A. 1844. — Memoriale della Medic. contemp. A. 1845, Vol. XIII.

alla riposizione delle ossa slogate non provengono soltanto dalla tensione dei muscoli, tanto meno poi nelle lussazioni inveterate.

Nel 1837 il Medoro pubblicava la storia d'una lussazione parziale incompiuta dell'estremità superiore dell'ulna, da lui ridotta facendo dagli assistenti forzatamente, ma per gradi, piegare l'antibraccio mentre ch'egli abbassava con forza l'olecrano. Niun altro caso consimile sin'allora era stato descritto, in fuori di uno registrato nell'opera di Cooper, e che pare non fosse osservato che nel cadavere (1).

Non sempre facile è la riduzione della lussazione posteriore del dito pollice. Il Prof. Fabbri insegna, proseguendo le indagini di Hey, e particolarmente di Pailloux, in che consiste la difficoltà di riduzione e come possa vincersi. Prodotta la lussazione sul cadavere, osserva come il capo del metacarpo trafori il muscolo cortoflessore del pollice. A lussazione completa tra l'orlo anteriore della base del dito e l'orlo della squarciatura od occhiello del muscolo corto flessore, ad essa più prossimo, rimane uno spazio, o, a meglio dire, un lembo che ha bene spesso 4 linee di altezza: questo lembo (che alla superficie è formato di fibre carnee e tendinee, e più addentro si compone del legamento anteriore e dei laterali staccati dal metacarpo o rottiglisi vicino) forma l'ostacolo alla riduzione se vuolsi conseguire colla semplice trazione del dito, perchè per essa non si riesce a sbottonare il capo del metacarpo dall'occhiello che si praticò nel muscolo; ma si ottiene l'intento se si fa discendere il capo del metacarpo, di guisa che vada incontro all'occhiello, flettendolo sulla palma. La chiave della riduzione sta dunque (ciò che altri non avea dimostrato) nel piegare il primo osso del metacarpo contro il concavo della mano: «abbracciate con ambo le vostre mani la mano inferma, applicando i vostri due pollici riuniti sul dorso del metacarpo. Quando lo avrete depresso contro la palma, senza rallentare la presa, strisciate

---

La seconda delle tre storie del Da Camin è meritevole di speciale ricordo, perciocchè l'estremità inferiore dell'omero trovavasi, per quel che pare, incuneata tra le due ossa dell'antibraccio.

(1) *Spongia*, Comment. 1837 III 296. — Il Riberi ha poscia avuto parecchie occasioni di osservare la lussazione omero-cubitale posteriore senza spostamanto del radio, e però la giudica più frequente che non si pensa. Per buona ventura può essere ridotta anche molto tempo dopo che successe; ed in un caso lo stesso Riberi ne fece la riduzione essendo già passati 6 mesi (Opere minori II 580).

coi due pollici verso la base del dito, urtatelo e spingetelo nella sua sede naturale (1)». Cotesto metodo fu dal Fabbri messo in pratica e fatto conoscere sin dal 1838 (2), quindi 16 anni prima che dai giornali medici venisse annunciato con tanto rumore l'analogo procedimento del chirurgo americano Giovanni Doe. Lo stesso Prof. Fabbri faceva altresì notare la differenza che v'ha tra la lussazione posteriore delle altre dita; appunto perchè mobilissima in molti versi è l'articolazione carpo-metacarpica che spetta al pollice; immobili invece, o poco meno, tutte le omologhe delle altre dita sì nella mano come nel piede. E però quanto nella riduzione del pollice slogato è giovevolissimo il poter abbassare verso la palma il suo metacarpo per evitare la predetta intramessa del lembo fra le faccie articolari; altrettanto nuoce nella lussazione delle altre dita l'immobilità dei metacarpi delle medesime: cotesta differenza fa che in queste non si possa torre l'impedimento alla riposizione e che per conseguenza la loro lussazione rimanga il più delle volte irreducibile. Per buona ventura le lussazioni posteriori veramente complete dell'indice e delle altre dita, parrebbe che fossero, per gli esperimenti instituiti dal Fabbri, più difficili a farsi che quelle del pollice: e ciò per diverse cagioni, ma principalmente perchè i tendini flessori sono più restii ad abbandonare la faccia anteriore dell'articolazione, alla quale in certo modo fanno le veci di robustissimo legamento (3).

Dalle lussazioni delle membra superiori passando a quelle delle inferiori, dovremo parlare prima d'ogn'altro dei lavori del Prof. Fabbri essendo quegli che fra noi maggiormente si è occupato di quest'argomento; ma noi l'abbiamo fatto discorrendo delle lussazioni in generale e delle dottrine dell'illustre chirurgo intorno le medesime. Ci resta per altro da ricordare le storie e dissertazioni del Busi, del Massarenti, del Golinelli, del Fabbri Ercole, del Giovanini, del Mazzoni, del Parrini, nelle quali sono addotti fatti ed esposte osserva-

---

(1) Bullet. delle Scien. med. 1863 XX 121.

(2) Ivi 1838 VI 286.

(3) Della molta importanza della chirurgia sperimentale ecc. e di una differenza da notarsi tra la lussazione posteriore del pollice e quella posteriore delle altre dita (Mem. dell'Accad. delle Scien. di Bologna 1859 X). — *Ceccarelli A.*, Riduzione della lussazione posteriore completa del pollice col metodo del Prof. Fabbri (Giorn. med. di Roma A. 1868).

zioni che confermano gl'insegnamenti del professore bolognese (1). In uno dei due casi narrati dal Massarenti la lussazione ovalare del femore, sebbene avvenuta da 37 giorni, potè essere riposta, agendo sul femore riguardato come una leva di primo genere, non già con forza lenta e graduata, ma con movimenti vibrati ed istantanei affine di rompere gl'inviluppi in tutto quel tempo e per la grave infiammazione sopraggiunta formatisi: contribuì pure al buon esito l'aver portato il punto d'appoggio assai vicino al punto di resistenza, onde che crebbe lo sforzo della potenza con l'aumento del rispettivo braccio di leva.

Fra le lussazioni rare o poco comuni del femore, noteremo il caso di simultaneo slogamento di ambedue le coscie nello stesso soggetto (lussazione in fuori ed in alto, lussazione in avanti ed in basso) fatto conoscere dal prof. E. Cipriani (2); la lussazione posteriore ed inferiore (*varietà ischiatica* di Malgaigne, *tubero-cotiloidea* di Fabbri) descritta dal Dott. Antonio Marcacci (3), ed anche osservata dal Biraghi (4); l'altra in alto ed in avanti esposta dal Bresciani, e che risponde assai bene, anche nel momento causale, al classico esempio del Desault (5). Recentemente il Minich ebbe a vedere la lussazione incompleta sopracotiloidea del femore (lussazione iliaca del Monteg-

---

(1) *Busi Carlo*, Ricerche storico-analitiche intorno alle lesioni traumatiche dell'anca ecc. Bagnacavallo 1846. — *Massarenti C.*, Del modo di applicare la leva del primo genere nella riduzione delle lussazioni traumatiche del femore (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1856 VII 71). — *Golinelli L.*, Di una lussazione posteriore consecutiva del femore ridotta col metodo italiano (Raccoglit. med. di Fano 1858 XVIII 63). — *Fabbri Ercole Fed.*, Sulle lussazioni posteriori traumatiche del femore (Bullet. Scien. med. 1865 XXIV 115). — *Mazzoni*, Quelques mots sur la reduction de la luxation incomplète ileo-pubienne (Congrès médical de toutes les Nations à Florence p. 333. — *Giovanini Antonio*, Intorno ad alcuni casi di lussazioni recenti ed antiche ridotte col metodo razionale (Bullet. delle Scien. med. 1869 161). — *Farrini Camillo*, Storia di una lussazione traumatica del femore ridotta con il metodo razionale, e considerazioni relative al meccanismo ed alla riduzione delle lussazioni posteriori del femore (Lo Sperimentale XXVI 417). — Nel Capo precedente abbiamo pure notato come questo metodo, quantunque il nome del Fabbri e le sue opere vadano ingiustamente dimenticate, sia in Germania da autorevolissimi scrittori sostenuto e raccomandato.

(2) Gaz. med. Toscana 1845 p. 102.

(3) Ivi 1856 II n. 12. La storia del Marcacci é maggiormente importante per l'esatta descrizione anatomica che l'accompagna.

(4) *Brugnatelli*, Giorn. di Fisica e di Chim. 1810 III 363.

(5) Saggi di Chir. teorico prat. Verona 1843 p. 198.

gia) (1) ecc. Per le molteplici complicazioni è poi ricordevole la lussazione anteriore inferiore del femore sinistro narrata dal Crescimbeni in una lettera al Signoroni: eravi frattura completa della branca del pube e dell'ischio, con lacerazione dei nervi, dell'arteria e della vena otturatoria (2). Il Dott. Giorgio Andrea Garbiglietti narrava d'aver conosciuto un giovane, il quale a cagione della lassezza de' legamenti, poteva, secondo che piacevagli, produrre la semilussazione superiore di ambedue le teste del femore: bastava per ciò che, stando ritto e col corpo tutto appoggiato sull'arto, su cui voleva operare, piegasse alcun poco la coscia; similmente riconducendo la coscia nella perfetta estensione l'osso spostato tornava al proprio sito (3). Gli slogamenti del ginocchio sono sì rari, che noi dobbiamo esser grati al Dott. Busi di Bagnacavallo per averne pubblicato un caso, e tanto più ch'egli ciò fece con molta diligenza. La lussazione avvenne per essere mentre due robusti giovanotti lottavano tra loro, l'uno caduto di peso su la tesa coscia dell'altro, che già, cacciato a traverso d'un fosso, teneva il piede destro puntellato contro una riva, e ferme le natiche nell'opposta. Piuttosto che lussazione della tibia in avanti, l'autore preferisce di chiamarla lussazione del femore in addietro, perchè veramente furono i condili che escirono dalle cavità articolari della tibia (4). Altri casi di lussazione del ginocchio, essi pure felicemente ridotti, vennero narrati dai Dott. Giuseppe Milani (5) e Pellegrino Salvolini (6): molt'anni prima il Prof. Ruggieri nei Nuovi Commentarj di Medicina e Chirurgia faceva sapere di aver prontamente riposta cotesta slogatura in un vecchio, che, sdrucciolando col piede sinistro, avea urtato il ginocchio destro contro un macigno (7).

La lussazione *verticale* o *perpendicolare* della rotella fu accen-

---

(1) Esercizj prat. di Clin. chir. nel Giorn. Veneto delle Scien. med. 1866.

(2) Memoriale della Medic. contemp. 1842 VIII 67.

(3) Ragguaglio delle principali malattie curate nello spedale de' Ss. Maurizio e Lazzaro. Torino 1834 p. 112.

(4) Bullet. Scien. med. 1858 IX 401.

(5) Gaz. med. Lomb. 1849 p. 422.

(6) Gaz. med. Stati Sardi 1854 p. 421.

(7) Padova 1818 II 89. — Il Dott. Gherini nel Congresso di Milano esponeva un caso da lui considerato quale lussazione dei condili del femore sulle cartilagini semilunari (Atti del Congresso p. 795).

nata dal Moscati nelle sue Istituzioni (1) e quindi descritta dal Nannoni (2) e dal Manzotti (3). Il Monteggia osservava pure la lussazione esterna e compiuta, ma senza esterna violenza, in diversi rachitici (4). Il Prof. Palasciano nel 1847 leggeva nel Congresso di Venezia una memoria *sul tendine del muscolo fascialata e sulle sue funzioni,* nella quale mostrava tale muscolo essere non solamente tensore dell'aponeurosi crurale, ma ben anco supinatore della gamba, appunto come il sartorio ne è il pronatore, ed insieme abduttore dappoichè frammette le sue fibre tendinee con quelle del gluteo maggiore. Applicando poscia coteste nozioni anatomiche e fisiologiche alla cura di quella deformità detta *ginocchio interno* ed alla lussazione consecutiva, amendue ritenute pur insanabili, mostrava potersi rimediare alla prima con la semplice incisione del tendine del fascialata. Ma rispetto alla lussazione interna del ginocchio occorre incidere, oltre il predetto tendine, quello del bicipite crurale, previa la sezione del muscolo retto anteriore della coscia e della massa esterna del tricipite crurale, affine di ridurre la lussazione interna della rotula che accompagna ordinariamente quella della tibia. *La combinaison de la flexion forcée de la jambe avec la section du triceps est une idée hardie,* diceva il Bonnet di Lione giudice autorevolissimo in quest'argomento; *elle est juste toutefois, bien raisonnée, et elle nous a paru digne d' être soumise à l' expérience* (5). Noi vedremo più innanzi adattata sui medesimi principi la cura dell'anchilosi angolare del ginocchio.

Fra le contribuzioni alla storia delle lussazioni del piede, intorno alle quali restano ancora molti dubbj, vanno annoverati gli studj del Conti, del Cappa e le Relazioni in proposito fatte all'Accademia Medico-chirurgica di Napoli (6); la storia del Prof. Rizzoli di rarissima lussazione astragalo-navicolare all' interno in alto ed in avanti (7); le storie di lussazione del metatarso sul tarso del Dott.

---

(1) *Monteggia,* Istit. Cap. XIX §. 1552.

(2) Lettera. Firenze 1778.

(3) Dissertaz. chir. Milano 1790 Diss. IV.

(4) Fasciculi pathologici cit.

(5) *Palasciano,* Mem. ed Osserv. di Chirurg. prat. su le anchilosi. Napoli 1863 p. 60 e seg.

(6) Rendic. dell'Accad. med. chir. di Napoli 1855 IX 170, 1857 X 127.

(7) Bullet. delle Scien. med. 1858 X 281.

Minonzio (1); di lussazione completa del piede sinistro in fuori senza frattura del malleolo esposta dal Dott. Peyrani (2); di lussazione traumatica doppia del piede sinistro (peroneo-tibio-tarsea all'infuori e medio-tarsea inferiore) descritta dal Dott. Peruzzi (3). Cotesta comprendeva una nuova varietà della lussazione del piede all'infuori, la puleggia dell'astragalo trovandosi sotto il malleolo interno, anzichè sotto l'esterno come per solito avviene: la lussazione dello scafoide con la testa dell'astragalo, ed anche in parte del cuboide con la corrispondente superficie articolare della porzione anteriore del calcagno. Affine poi di meglio conoscere, se basti perchè si produca questo nuovo slogamento, una forzata adduzione del piede, come nell'ordinaria varietà, il Peruzzi instituiva esperimenti sul cadavere e conchiudeva: che mentre per la produzione dell'ordinaria lussazione del piede all'infuori si richiede soltanto la lacerazione dei legamenti laterali esterni, o la frattura del malleolo esterno; per ottenere la varietà da lui descritta è necessario che una violenza diretta arrivi a lacerare i legamenti d'ambo i lati intantochè il piede è fortemente rotato all'indentro; oppure che la lacerazione avvenga per forzata adduzione del piede ad un tempo e per rotazione della gamba all'infuori sul piede stesso. Quest'ultima circostanza avvenne nel caso dal Peruzzi osservato. L'estirpazione dell'astragalo, allorchè la lussazione sia complicata da gravissime alterazioni e guasti delle altre parti, venne fatta dal Dott. Lorenzo Gatto di Venezia; e così egli potè conservare l'arto (4). Lo stesso poco prima avea praticato il Cavara di Bologna, la lussazione dell'astragalo essendo complicata a frattura dell'osso medesimo e del navicolare (5). Più meravigliosa ancora fu la guarigione ottenuta dal dott. Filippo Marini senza veruna amputa-

---

(1) An. un. di Med. 1856 CLVI 465.

(2) Lo Sperimentale 1867 XX 121.

(3) Bullet. Scien. med. 1867 III 420.

(4) Giorn. per servire ai progressi della Patol. e della Terap. Luglio ed Agosto 1844.

(5) Rend. dell'Accad. delle Scien. di Bologna. Sed. 1 Febb. 1844. — Intorno l'estirpazione dell'astragalo avea scritto l'anno prima una memoria il Dott. Rognetta nell' *Expèriance* giornale medico di Parigi. — Due altri casi di estirpazione dell'astragalo lussato furono riferiti dal Dott. Grandesso Silvestri e dal Prof. Brunetti nella Gazzetta medica Provincie Venete (A. 1864 p. 401, 409): per uno v'è aggiunto l'esame anatomico, l'operata essendo morta 3 o 4 anni dopo la sofferta lussazione, potendo già servirsi discretamente del piede.

zione in una giovane, che forsennata precipitandosi dalla finestra e cadendo in piedi sulla strada selciata, ebbe slogato l'astragalo, fratturato il calcagno ed il malleolo esterno dei due piedi con lacerazione delle parti molli e grave emorragia (1). Intorno le fratture delle ossa che compongono l'articolazione tibio-tarsica complicate da lesione dei legamenti, da lussazione e da lacerazione delle parti molli che le circondano, scriveva una buona dissertazione il Dott. Sforzi d'Arezzo. L'autore reca 10 osservazioni, e studia il meccanismo pel quale possono avvenire tante lesioni ad un tempo: i 6 feriti cui fu fatta l'amputazione della gamba guarirono, degli altri 4, che non vennero sottoposti a quest'operazione, uno solo scampava dalla morte (2).

Il Manzotti di Milano vide le cartilagini di tre costole vere, cioè della quarta, quinta e sesta, slogate in avanti e prominenti sullo sterno: ei ridusse la lussazione facendo inarcare il tronco per mezzo di guanciali posti sotto il dorso (3).

Le lussazioni traumatiche delle vertebre sono state accuratamente studiate dal Prof. Porta. Il nostro autore dalla propria pratica avendo potuto raccogliere 27 casi con 20 necroscopie, cioè quanto niuno prima di lui seppe metter insieme, avendo fatto esperimenti sui cadaveri e confrontate le osservazioni altrui, è giunto a far conoscere tale specie di slogamenti più esattamente di quello che nei trattati generali sia stato fatto, alcuni de' quali, il trattato di Astley Cooper ad esempio, ommettendo persino cotesto argomento.

Sopra 27 la lussazione 20 volte fu conseguenza di colpo diretto; nella maggior parte de' casi si congiunse la commozione, in 14 anche la frattura, susseguendo la morte in 21. Lo slogamento dell'atlante sull'occipite e dell'epistrofea sull'atlante non fu mai dal Porta osservato; una volta sola vid'egli la lussazione semplice delle apofisi oblique delle vertebre cervicali; onde che, meno questo, tutti gli altri 26 casi sono lussazioni dei corpi delle vertebre, di cui 11 cervicali, altrettante dorsali e 4 lombari. Per gli esperimenti fatti sui cadaveri, giacchè non gli si presentò occasione di osservazioni ana-

---

(1) Caso strano in Chirurgia. Macerata 1826.

(2) Il Tempo. Firenze 1859 III 25, 276, 328.

(3) Dissert. cit. p. 109.

tomo-patologiche, ammette due varietà di lussazione semplice delle apofisi oblique delle vertebre cervicali: la semilussazione, lussazione compiuta antero-posteriore, e la lussazione bilaterale anteriore. Egli è d'avviso che la lussazione parziale totale del corpo delle vertebre non sia tanto rara quanto comunemente si crede: e lo prova con esperimenti fatti sul cadavere e con osservazioni di anatomia patologica. Rifiuta tutte le divisioni delle lussazioni della colonna vertebrale ammesse dal Malgaigne, attenendosi esse al criterio speculativo delle deviazioni delle piccole articolazioni delle apofisi oblique; invece le contraddistingue in lussazioni anteriori dirette, anteriori laterali destre e sinistre, e posteriori. La più comune di tali varietà è l'anteriore diretta (17 in 26 casi). Contro il Boyer sostiene non esser vero che la lussazione sia sempre accompagnata da frattura delle medesime vertebre. Mette in dubbio, per non dire nega, che l'azione muscolare possa esser cagione di lussazione traumatica delle vertebre; laddove che causa occasionale di questa, se non unica al certo principalissima, sono le violenze esteriori. La riduzione conviene soltanto allora che la deformità della spina in un senso qualunque sia palese, allora che dia segno l'infermo non molto aggravato di poter sostenere l'operazione. Se le manualità fatte con la maggior mitezza non producono effetto, si debbono sospendere, riflettendo che nel caso molto più comune di semi-lussazione, la deviazione dei corpi delle vertebre non restringe la cavità del canale vertebrale al punto di ledere il midollo, nè fa per sè ostacolo alla guarigione: invece nel caso d'intiera lussazione, la lesione di sua natura suol esser mortale, e quindi la riduzione torna inefficace se non pregiudizievole. La cura medico-chirurgica è quella che meglio conviene allo scopo di combattere l'infiammazione, di mitigare i sintomi molesti, di prevenire o dissipare le complicazioni, di sostenere le forze generali, quando l'infermo sopravviva: in breve la lussazione in qualsiasi regione della colonna vertebrale non fa per sè stessa il pericolo; e quando ancora la commozione del midollo spinale che le si combina sia mediocre, senz'altre offese o complicazioni, può terminare con la guarigione (1).

Importanti pure sono le osservazioni del Dott. Melchiori (2), fra

---

(1) Mem. dell'Istit. Lomb. 1865 X 69.

(2) Gaz. med. Prov. Sarde A. 1850 n. 8 e 10. Anche a parte con il titolo «Di alcune lesioni traumatiche della colonna vertebrale. Genova Regia Tipografia Ferrando ».

le quali il caso di lussazione dell'epistrofea sull'atlante con frattura di questo e del processo odontoideo seguito da morte subitanea (1); siccome avvenne in fatto consimile narrato dal Dott. Branca (2). Nell' uomo del Dott. Ferretti (lussazione della seconda vertebra colla terza, e frattura di quella) la morte non fu repentina; bensì è singolare che lesione tanto grave avvenisse senza sforzo di molta violenza, ed in uomo gagliardo e di forte ossatura (3). Notava il Palletta che un giovane cadendo, caricato sulle spalle di grosso fardello, ebbe schiantata l'apofisi odontoide nella sua radice; ciò nondimeno quegli visse più d'un mese per la ragione che i legamenti, conservandosi intatti tennero fisso l'apice del dente siccome apparve nel pezzo patologico (4). Nel caso narrato dal Monteggia di lussazione della quinta vertebra e frattura della sesta, la morte fu istantanea essendo rimasto spappolato il midollo spinale (5). Uguale offesa era nell' uomo di cui dà la storia il Dott. Corazza, la frattura essendo nella terza vertebra: nondimeno la morte non avvenne che il giorno dopo, conservando frattanto il paziente pieno l' intelletto, mentre che paralitiche ed insensibili erano le parti al di sotto circa della quarta vertebra cervicale (6). Rilevantissimo poi è il fatto di frattura completa della colonna vertebrale tra il confine delle vertebre dorsali ed il principio delle lombari esposto dal Prof. Rossi di Parma al Congresso di Firenze, a cui pure esponeva il preparato patologico: la midolla spinale necessariamente rimase divisa per metà, e nulladimeno il paziente visse 6 mesi, morendo tabido per sopraggiuntagli cangrena (7). Non solamente sopravvisse, ma guarì intieramente della susseguita paresi e d' ogn' altra lesione, l'uomo curato dal Dott. Carli, sul quale cadde nella regione lombare pesante trave producendovi notabilissimo infossamento: la lussazione era complicata da

(1) Osserv. VII. — Leggesi altro caso consimile nella Gazzetta med. Lombarda (A. 1846 p. 224) narrato dal Dott. Barbieri: in questo per altro la morte non accadde che scorsi 8 giorni dell'accidente.

(2) An. un. di Med. 1827 XLI 29.

(3) Bullet. Scien. med. 1839 VIII 327.

(4) *Ruggieri*, Dizion. enciclop. di Chir. V 304. — *Palletta*, Exercitat. pathol. Cap. XV n. 1.

(5) Istit. chir. Cap. 6 XVII § 1363.

(6) Bull. delle Scien. med. 1869 VIII 125.

(7) Atti del Congresso di Firenze A. 1841.

frattura (1). In altro accidente di gravi e complicate fratture di più vertebre cervicali e dorsali con notevole accorciamento del collo, il Prof. Riccardi di Modena per iscongiurare il grave pericolo della soffocazione, essendo anche fratturate parecchie costole e le due clavicole, protrusa la lingua, paralitiche e quasi insensibili le membra inferiori, fece immediatamente, ma grado a grado la riduzione: questa fatta scomparvero i sintomi minacciosi; le ossa si saldarono ed alcune ancora, le clavicole, benissimo; la spina peraltro e le costole (non avendo adoperato altro mezzo per contenerle in posto che la stoppa rincalzata tra il corpo dell'inferma ed il saccone su cui essa giaceva) rimasero gibbose e contorte. La guarigione fu anche rapida, perciocchè dopo 70 giorni la povera donna s'alzava, e mano a mano ripigliando vigoria potè campare la vita sostenendo le incombenze di fantesca (2). Fra le piuttosto rare lussazioni senza frattura delle vertebre van contati i 4 casi esposti dal Dott. Melchiori, ne' quali lo slogamento in avanti delle vertebre dorsali avvenne trascorrendo la vertebra superiore sull'inferiore in due casi, ed invece questa su quella negli altri due. Aggiungansi pure i due casi di lussazione della 5ª vertebra cervicale sopra la 6ª esposti dal Dott. Pugno (3) e dal Dott. Spantigati (4); non che l'altro osservato nello Spedale Maggiore di Bologna nel 1850: la vertebra ultima dorsale era quasi completamente staccata dalla prima lombare, senza che niuna di queste o delle altre vertebre fosse rotta (5). Generalmente dimenticata è l'osservazione importante di *diastasi* delle vertebre cervicali registrata dal Dott. Antonio Manzoni nella sua raccolta di casi chirurgici e di anatomia patologica (6). Il Dott. Melchiori narra eziandio la storia di schiantamento della colonna cervicale, nel quale le vertebre ri-

---

(1) Atti del Congresso di Venezia A. 1847.

(2) Mem. dell'Accad. delle Scienze di Modena 1858 II 401. — L'osservazione si riferisce all'anno 1837.

(3) Giorn. di Med. Milit. 1863 p. 1127.

(4) L'osservatore di Torino 1868 p. 657.

(5) Bullet. Scien. med. di Bologna 1854 I 392. — *Angiolini N.*, Di una lussazione incompleta dell'ultima con la penultima vertebra dorsale terminata felicemente con la riduzione. Prato 1857.

(6) Observationes pathologicae. Veronae 1795. p. 43. — (Lussazione della 3ª vertebra su la 4ª, e divulsione della 5ª dalla 6ª *ut inter utrasque parvulum specillum inseri posset).*

masero divelte l'una dall'altra, senza complicanza di fratture (1). Al medesimo chirurgo venne pur fatto di osservare la frattura della prima vertebra lombare per causa indiretta, ossia in conseguenza della flessione forzata della colonna vertebrale in avanti (2).

Delle lesioni violente della colonna dorsale, e quindi della frattura delle vertebre, trattò il Dott. Asson, recando osservazioni proprie in una memoria stampata nel tomo I° della Gazz. med. delle Prov. Venete (3). Il Palletta nelle sue *Exercitationes pathologicae* ha dedicato un capitolo alle fratture e lussazioni delle vertebre: da lui, può dirsi, quantunque le sue osservazioni siano ancora succinte ed incompiute, abbia principio l'anatomia patologica di questa specie di lesione. È giusto per altro soggiungere la strada essere stata dischiusa dal Tabarrani, che su quest'argomento avea già pubblicato parecchie osservazioni anatomiche (4).

(*Capo* 45.°)

LUSSAZIONI SPONTANEE E CONGENITE.

DELLA CLAUDICAZIONE E DE' SUOI EFFETTI SULLA FORMA DEL BACINO.

Ma le ossa non escono soltanto dalle loro nicchie per colpa di esterna violenza; si slogano altresì per causa di *croniche malattie delle cavità articolari*. Ciò noi vediamo succedere particolarmente nella *coxalgia*, senza che peraltro la lussazione spontanea del femore ne sia effetto necessario ed immancabile. L'idropisia dell'articolazione ilio-femorale, se non è l'assoluta, è certamente una delle cagioni precipue della lussazione consecutiva del femore: il Dott. Leopoldo Fedi di Pistoja ha scritto in proposito buone considerazioni, ed

(1) Opusc. cit. Oss. V.
(2) Revue méd. chir. de Paris de Malgaigne A. 1852.
(3) A. 1858 p. 29, 37, 44, 71.
(4) Memorie sopra la fisica e l' istoria naturale. Luca 1743.

i suoi studj, quantunque pubblicati nel 1843, furono cominciati 6 anni prima; e però, ciò essendo, sarebbero anteriori alla dissertazione del Parise stampata a metà del 1842 negli *Archives générales de Médecine* (1). Sì l'uno che l'altro confermavano la dottrina di G. L. Petit, o per meglio dire del Genga, giacchè prima ancora del francese il chirurgo di S. Spirito avea sostenuto che l'accumulamento di sinovia, o di qualunque altro liquido nell'articolazione ilio-femorale, può cacciar fuori dalla cavità cotiloidea la testa del femore (2). Il Dott. Fedi consigliava la paracentesi in quest'idropisia articolare ad oggetto di porre un impedimento od un riparo alla lussazione del femore; la quale lussazione nondimeno, soggiunge il medesimo, può aversi spontaneamente, senza cioè che una forza intra-capsulare spinga fuori la testa dell'osso, per semplice paralisi dei muscoli femoro-pelvici (3).

L'utilità della paracentesi nelle giunture, nelle borse sinoviali e mucose per togliere lo stato di turgore e di tensione che frequentemente è cagione di dolori, di morbosi consensi e di generale reazione, venne anche di recente sostenuta dal Prof. Inzani di Parma (4).

Il Dott. Minich parlando negli Atti del Istituto Veneto (5) della cura delle malattie articolari narra un caso importante di coxalgia in una gravida curata con l'estensione permanente per mezzo dell'apparecchio del Prof. Porta: metodo raccomandato dai chirurghi americani affine di lenire il dolore. Di questo medesimo mezzo, ossia dell'estensione continua, servivasi il Prof. Zannetti nell'istessa malattia, cioè nel coxartrocace; informando poscia la Società Medico-fisica Fiorentina dei buoni effetti ottenuti (6). Il Dott. Montini di Lodi nel principio di questo secolo giovossi del pari della macchina ad estensione continua del Desault per vincere un'ostinata retrazione muscolare della gamba sulla coscia, e della coscia sulla pelvi accompagnata da violentissimo dolore: la malattia, prodotta da cagioni *reumatiche*, du-

(1) Recherches histor., physiol. et pathol. sur le mécanisme des luxations spontanées du fémur T. XIV p. 1 e seg.)

(2) In: Hippocratis Aphorismos ad Chirurgiam spectantes Commentaria. Bononiae 1717 p. 401.

(3) Ann. un. di Med. 1843 CV 5, CVI 473.

(4) Ivi 1862 CLXXXII 300.

(5) A. 1867 vol. XII.

(6) Gaz. med. Toscana A. 1852 p. 313. — Filiatre Sebezio XLIV 205.

rava da quasi un mese; nondimeno bastò applicare la macchina tre volte per vincerla (1). Di questo caso, sebbene non si riferisca a *morbo coxario*, venne qui opportuno fare menzione, siccome prova dell'efficacia dell'estensione continua per calmare il dolore nello spasmo muscolare.

La cagione anatomica e fisiologica del dolore al ginocchio simpatico delle affezioni del cotile fu ricercata dal Dott. Angelo Scarenzio. La superficie del collo del femore irritata ed infiammata si può paragonare, dice questo scrittore, alla mucosa gastroenterica stuzzicata dagl'incomodi entozoj, ed i filetti dati dal nervo safeno interno e dall'otturatore nei contorni del ginocchio se ne risentirebbero come il ramo del quinto al naso, il nervo emorroidario all'ano. Se tale fenomeno di dolore simpatico non si osserva sulle estremità di altre ossa lunghe così spesso come nel femore, la ragione n'è che niuna di loro ha tanta parte di ossatura priva di cartilagine e coperta dalla sinoviale, quanto le parti estreme dell'osso della coscia. Imperocchè le cartilagini, essendo prive della sierosa, non possono partecipare delle impressioni sensitive di questa; e quand'anche fossero coperte dalla sierosa, fra questa e l'osso sarebbe pur sempre una sostanza inorganica, che formerebbe insuperabile sbarra ad una comunicazione nervosa (2). Ma chi fra noi con maggiore predilezione studiò le malattie dell'articolazione dell'anca fu il Palletta; anzi senza fallo può dirsi che la sua Dissertazione *de claudicatione congenita* sia l'opera più originale di quel valente anatomico e chirurgo. Quantunque lo zoppicamento dalla nascita fosse notato perfino ne' libri ippocratici, nondimeno la vera cagione non era stata avvertita, tutti attribuendo quell'accidente alle cause comuni delle altre lussazioni. Palletta distingue tante varietà o forme di claudicazione quante sono le alterazioni primitive delle parti articolari, cioè dell'osso innominato, dell'acetabolo e dell'estremità superiore del femore, investigate e dedotte per mezzo di diligenti osservazioni anatomiche, e per mezzo di esattissimi disegni dimostrate. Gli storici dei progressi della Chirurgia in Francia convengono che il primo fatto anatomo-patologico relativo alla claudicazione congenita è dovuto al Palletta; non per tanto questo fatto, sebbene os-

---

(1) *Montini*, Saggio di Osservaz. e rifless. chirurg. Lodi 1808 p. 5.

(2) An. un. di med. 1860 CLXXIII 55.

servato nel 1783 non fu pubblicato che nel 1820 e andò inosservato. Dupuytren è vero, soggiungono i medesimi autori, soltanto nel 1826 lesse all'Istituto di Francia la sua dissertazione su la claudicazione congenita; nondimeno *il est constant que les premières observations qu'il fit connaître dans ses leçons cliniques remontent à une époque antérieure à* 1820 (1). Ma gli storici francesi ciò scrivendo, dimenticavano od ignoravano che l'opuscolo *de claudicatione congenita* veniva alla luce in Milano nel 1790 negli *Adversaria chirurgica*, che il cap. VIII° del I° volume delle *Exercitationes pathologicae*, dato fuori nel 1820 intitolato *de quibusdam coxae vitiis* può dirsi il sunto delle cose precedentemente pubblicate dall'autore ne' predetti *Adversaria* e nelle *Dissertazioni di chirurgia* (2), con l'aggiunta di nuove osservazioni le quali mostrano altre maniere di aberrazioni del cotile non prima descritte. Di fatti negli *Adversaria chirurgica* il Palletta avea trattato, esponendone le osservazioni anatomiche, della claudicazione congenita per brevità del collo del femore, dell'altra per troppa grandezza dell'acetabolo e della testa, per soverchia inclinazione del collo del femore, per la figura ovale della testa e della cavità cotiloidea (§ XL, XLI e seg.): del 1° caso esaminato nel 1783 erano dati eziandio i disegni. Gli Adversaria poi, oltrechè scritti in latino, furono fatti conoscere in Germania dall'*Allgemeiner Literatur Zeitung* (1791 N. 326), dal Richter (Chir. Bibl. XIV 368), in Francia dal *Journal de Médecine.* (LXXXIV 132). Lo stesso Palletta prima di far parola del caso dagli storici francesi notato (il quale avea questo di singolare che le due cavità cotiloidi erano piene di grasso e le teste de' femori sferiche sì, ma non intromesse in veruna nuova cavità, il soggetto essendo un bambino morto 14 giorni dopo la nascita), ricorda di aver trattato delle altre cause di tale affezione *in peculiari commentario* (3). Il Monteggia nelle sue Istituzioni chirurgiche parla della claudicazione congenita, de' vizj di cattiva conformazione da cui deriva, dei segni che la distinguono secondo che furono *accuratamente descritti e delineati nella citata dissertazione del Prof.* Palletta.

---

(1) Rapport sur les progrès de la Chirurgie p. 292.

(2) Stampate primo nel T. IX del Giornale per servire alla Storia ragionata della medicina, e quindi in un volumetto a parte. Venezia 1795.

(3) Exercitationes P. I p. 89.

Il Monteggia reca altresì alcuni esempj di claudicazione ereditaria da lui osservati (1); argomento sul quale poscia nel 1851 tanto insisteva Alfonso Robert nella sua tesi di concorso per sostenere l'ipotesi di Dupuytren che la mancanza dell'articolazione normale provenga da *un difetto nell'organizzazione primitiva dei germi*. Curiosa è l'osservazione fatta dal Dott. Tommaso Bonparola di una donna, la quale, soggetta alla gotta e figliuola di padre gottoso divenuta zoppa nel lato sinistro in seguito di caduta senza che verun osso si fosse rotto, generava due figlie egualmente zoppicanti nel lato sinistro, mentre che tra l'una e l'altra avea partorito un maschio perfettamente sano e dritto (2).

Nella sua prima dissertazione, cioè negli *Adversaria*, avea il Palletta toccato pure la questione, tanto importante per l'ostetricia e la medicina legale, delle deformità che soppravvengono nel bacino ne' casi in cui lo zoppicamento abbia origine, se non con la nascita, con la prima infanzia,conchiudendo siccome altri autori moderni, l'Hubert p. e., hanno fatto, e cioè che lo zoppicamento in una donna non deve al pratico dare troppo a temere in ordine al parto, tutte le volte che la causa della zoppicatura non abbia operato in modo diretto a danno delle ossa del catino, e la persona non abbia patito di quelle malattie generali per le quali si vizia la struttura ed infralisce la solidità naturale delle ossa. Il Prof. Fabbri ha di nuovo con molta cura studiato quest'argomento facendo partire le sue osservazioni da buon numero di pezzi patologici da lui raccolti per il Museo ostetrico dell'Università di Bologna, fra' quali è pregievolissimo quello che riguarda una pelvi obliqua ovale di Naegele con lussazione congenita iliaca dei due femori (3). Ma se è vero, egli dice, che lo zoppicamento o semplice o doppio per effetto di infermità degli arti inferiori, e soprattutto del femore e della sua articolazione superiore, non porta gravi alterazioni al catino; è altresì vero che in alcuni casi di zoppicamento unilaterale lo schiacciamento e l'obliquità del catino può essere più che mediocre, e che con lo zoppicamento doppio possono aversi tali deformità da costringere alle più gravi

---

(1) Istit. Cap. XXVI §. 1730.

(2) Mem. sopra una lussazione consecutiva e due altre congenite ecc. Napoli 1853.

(3) Mem. dell'Accad. delle Scien. di Bologna 1861 XI 3.

operazioni nel tempo del soprapparto (1). Ciò posto ben vedesi da una parte la vanità, dall'altra il pericolo della proposta del Galbiati di procurare ad arte l'obliquità del bacino e l'incurvamento delle ultime vertebre lombari per nascondere o diminuire lo zoppicamento, specialmente nelle fanciulle, allorquando la lussazione sia consecutiva a cossalgia (2).

Singolarissima è la storia narrata dal Tabarrani di vecchia zoppa, la quale non avea sofferto lussazione alcuna nell'articolazione dell'osso della coscia coll'innominato, e neppure frattura intorno alla cervice dell'osso medesimo, essendo tuttavia la testa dell'osso istesso dentro alla cavità dell'acetabolo; mancava invece del tutto il legamento rotondo e la cartilagine nelle estremità articolari (3). Anche il Genga per due volte osservò mancare il predetto legamento rotondo (4).

Considerando i gravi difetti organici da cui la claudicazione congenita deriva, il Palletta riguardolla come incurabile: nè sinora il malaugurato pronostico venne smentito; giacchè le guarigioni vantate dal Pravaz furono dal Bouvier e dal Malgaigne apertamente contraddette. Non è altrettanto della lussazione formatasi nella prima infanzia, e non legata alle predette gravi alterazioni delle ossa, che formano l'articolazione coxofemorale: noi più sopra vedemmo i buoni risultamenti ottenuti dal Prof. Rizzoli con la graduata estensione in due casi di lussazione inveterata del femore, di cui l'una era spontanea. Ma l'osso uscito da assai tempo dal cotile, non rimane sempre sì libero da poter essere ricondotto con qualche sforzo nella sede sua naturale; chè anzi non di rado le robuste aderenze, i nuovi vincoli formatisi vietano qualsiasi riduzione. Come in questi casi lo stesso Prof. Rizzoli abbia procurato di rimediare alla zoppicatura con l'ardita operazione del frangere il femore sano, dicemmo nell'occasione di discorrere della pseudartrosi e della rottura del callo deforme.

---

(1) Intorno alle deformità che derivano alla pelvi da diverse maniere di zoppicamento (Mem. sud. e Rendic. accad. A. 1863-64 p. 154).

(2) Saggio ed osservazioni sulla cossalgia (Ann. clinici dell'Ospedale degl'Incurabili 1838 IV 66).

(3) Lettere. Siena 1768 Let. I.

(4) Anat. chir. Lib. I C. 25. — In: Hippocr. Aphorism. n. 59 p. 401.

(*Capo* 46.°)

DEI CORPI MOBILI NELLE ARTICOLAZIONI. — DELLE ARTROPATIE E DELLA LORO CURA.

Intorno i corpi mobili nelle articolazioni, di cui già trattò il grande MORGAGNI scrisse accuratamente il Dott. AMABILE di Napoli, ch'ebbe occasione di vederne tre casi, tra i quali uno che nell'articolazione del ginocchio conteneva 92 corpi estranei, di cui 74 aderenti e 18 liberi di varia grossezza. Dalle diligenti sue osservazioni anatomiche l'autore deduceva la struttura dei corpi mobili essere intieramente ossea negli aderenti se piccoli, ed anche ne' grossi purchè forniti d'involucro distinto e vascolare: lo strato corticale cartilagineo essere tanto più denso, quanto minore è la vascolarità, o meno distinto l'involucro: nei corpi liberi il nucleo avere bensì in gran parte apparenza ossea per deposizione di sali calcarei, ma di vera sostanza ossea non esservi che un sottile strato generalmente conformato a guisa di parete d'una cavità centrale. Sono dunque ossei i corpi aderenti, cartilaginei i liberi; e questa differenza dipende da ciò che i secondi non hanno vasi, mentre che vascolari sono i primi. Rispetto poi all'origine, l'AMABILE è d'avviso che la medesima sia intrarticolare, e precisamente per isviluppo insolito e mutamento in sostanza ossea e cartilaginea delle *frange sinoviali.* Questa dottrina dall'AMABILE è detta del MORGAGNI, perocchè il primo sentore della medesima trovasi nella LVII Epistola § 14 dell'opera immortale *De sedibus et causis morborum.* Anche il FLEURY ed il RAINEY accennano all' origine de' corpi in discorso dalle appendici interne della sinoviale, e più distintamente il LEBERT nel suo trattato d'Anatomia patologica generale; ma sono opinioni emesse così alla sfuggita e così sprovvedute di particolari, che ben si può riguardare, scrive il Prof. ANTONIO MARCACCI, il medico napoletano come l'autore di questa teoria (1): la quale anche dal PANAS è stata

---

(1) Contin. alla Patol. chir. del Ranzi 1862 II 695.

testè abbracciata, come più adatta dell'altra di Laennec, generalmente accettata in Francia, per ispiegare la formazione di questi singolari corpicciuoli dentro le articolazioni (1). Ma forse che dei medesimi non è unico il modo di formarsi, e quindi ancora non unica l'origine: così è assai probabile che talvolta il corpo mobile sia formato da un pezzo di cartilagine staccata per causa traumatica (2). Rispetto poi ai processi operatorj l'Amabile preferisce quelli che tendono a far aderire il corpo mobile alla membrana sinoviale, imperocchè sembra che fatto aderente e sottoposto all'azione dei vasi assorbenti il corpo mobile poco a poco si consumi e si dilegui (3).

Importante pure per l'anatomia patologica è l'osservazione del Dott. Gritti di cinque tumori fibro-condromatosi, di cui uno peduncolato, trovati nelle articolazioni scapolo-omerali di un cadavere da lui per altro fine tagliato (4). Mediante piccola incisione il Dott. Gherini trasse fuori 52 corpicciuoli cartilaginei formatisi dentro una cisti bilobata ne' cortorni dell'articolazione del cubito, ed altri ne u-

(1) Diction. de Médec. et de Chirur. pratique T. III.

(2) *Sangalli,* Storia clin. ed anatom. dei tumori II 298. — *Ciniselli,* Sopra il Gabinetto anat. e patol. di Cremona p. 18.

(3) Studio dei corpi mobili articolari (Filiatre Sebezio 1858 LVI 251, 1859 LVII 35). — Il Prof. Amabile ritornando a studiare l'argomento dei corpi mobili articolari, ha testè pubblicato intorno ai medesimi (che piuttosto vorrebbe chiamare *osteo-condromi mobili articolari)* un altro pregevole lavoro. In esso continua a sostenere che, quand'anche per molti modi tali corpicciuoli si formino, l'origine loro regolare è dalle frangie della sinoviale, secondo che da Morgagni fu detto. Sin dal primo momento sono interamente ossei, ed anche mobili quando nascono sulle frangie; talvolta nelle evoluzioni successive, venendo meno l'irrigazione del sangue, si mutano in econdromi; ma non è già viceversa che succeda come dai più sinora venne veduto. Pertanto non possono questi corpi considerarsi con Virchow puramente come formazioni flogistiche, sintomi parziali di malattia infiammatoria, o tumori cartilaginei; bensì vere neoplasie ossee, che solo per accidente divengon cartilaginee, e nelle quali non ha punto parte l'infiammazione: anzi questa opererebbe contrariamente Rispetto alla cura il Prof. Amabile tiene pur sempre come *operazione di regola,* il fissare l'osteoma ai tessuti molli articolari, servendosi del processo di Wolf e dell'altro di Syme, ovvero, conforme ch'ei propone, della *puntura multipla e della costrizione mediante una pinzetta a doppio uncino.* Giudica lo *spostamento* cosa non facile, non senza pericoli e soprattutto non necessario; l'*estrazione* l'operazione più pericolosa, e neppure affatto necessaria « finchè non sarà smentito che possono i corpi sparire per altra via o almeno rendersi innocui con mezzi più miti: la voga che va ripigliando non è giustificata, e può ritenersi solo per qualche caso eccezionale . . . . » (Bullet. delle Scien. med. 1870 IX 373-384).

(4) An. un. di Med. 1858 CLXIII 518.

scirono, guarendo l'infermo, con la soppurazione (1). Forse altrettanto, cioè di operare fuori dell'articolazione, capitò a que' chirurghi, che affermarono l'estrazione dei corpi mobili endo-articolari essere faccenda di niun pericolo. Una grossa *cartilagine semiossea*, che avea forma di cuore lungo un pollice e largo quasi due, estrasse dall'articolazione del ginocchio d'una giovane, servendosi dell' incisione, il Dott. Lazzari Mori di Parma (2). Egualmente degno di nota sotto il rispetto dell'operazione, è l'altro caso del Dott. Mazzoni di Roma, il quale con ripetuti tentativi giunse a spingere un corpo mobile dell'articolazione del ginocchio fuori della capsula, lacerandola, per quindi estrarlo incidendo la pelle e le fibre muscolari del vasto esterno sotto cui erasi fermato. Ma questo procedimento, fa riflettere lo stesso Autore, non potrebbe convenire in que' casi in cui il corpo mobile non avesse bastante consistenza e adatta forma per rompere la capsula, o questa fosse in ogni punto tanto robusta da non soffrire lacerazione (3). Il Mazzoni operava a quel modo per impedire che dentro la giuntura cadesse l'azione dell'aria: il Dott. Gritti per meglio render sicura cotesta difesa caldamente raccomanda di operare sott' acqua (4). La qual cosa veramente sarebbe oltre che utile comoda, se l'estrazione de' corpi estranei potesse sempre farsi con una semplice e diretta incisione. Il Monteggia nostro avea già consigliato, nel caso che si dovesse incidere un'articolazione per vuotarla dell' umore contenuto, di condurre il taglio in modo che gl'integumenti tratti in senso opposto prima dell' incisione, vadano a coprire l'apertura della capsula, quando si lascino scorrere naturalmente al loro posto (5).

Ma più che da questi corpi ossei o cartilaginei che dentro di loro si formano, sono le articolazioni offese da *tumori bianchi*, cioè da quelle affezioni complesse le quali profondamente alterano le parti integranti della giuntura, anzi finiscono per disorganizzarle. E poichè oggi ancora i patologi non sono d'accordo intorno l'origine e la se-

(1) Atti del Congresso di Milano A. 1844 p. 798.

(2) Giorn. della Soc. med. chir. di Parma I p. 198, 241.

(3) Giorn. med. chir. di Roma 1865 I 35.

(4) An. un. di Med. CCXI 344.

(5) Ivi Cap. XVIII §. 1314.

de primitiva dei tumori bianchi, se siano sempre *sinoviti*, od *osteiti*, o piuttosto *osteosinoviti* e *sinoviti fungose;* non è da meravigliare se nelle scuole passate il concetto di tumor bianco e di artrocace fosse dubbio e mal definito. Nondimeno sotto il rispetto pratico sono giuste le riflessioni del predetto Monteggia intorno la divisione ammessa dal Bell di tumori bianchi *reumatici* e *scrofolosi*, trovando difficile che le accidentali lesioni o malattie dieno luogo allo sviluppo del tumore bianco, se non in soggetti di diatesi scrofolosa, *la quale può quindi considerarsi come la vera causa comune di questi tumori* (1). Il quale concetto di uno stato diatesico o disposizione morbosa pare tenesse anche il Signoroni, malgrado che la corrente delle opinioni intorno la patologia generale fosse allora tutt'altra (2). Fu altresì il Signoroni, già lo dicemmo, grande lodatore del fuoco in questa fatta di malattie, e particolarmente nella coxalgia, della quale lo disse perfino il *vero antidoto*, guardando ai buoni effetti ottenuti da cotesto poderoso presidio dal Kern e dal Rust in Germania, dal Volpi a Pavia (3), avrebbe voluto il Professore di Padova che i chirurghi avessero preso maggior confidenza nel fuoco come rimedio; ma nè i suoi eccitamenti e neppur quelli autorevolissimi del Bonnet valsero a far entrare il ferro rovente nella cura delle malattie articolari ed in genere nella terapeutica chirurgica come spediente ordinario: il pensiero e la vista del fuoco atterrisce i pazienti più ancora del coltello, e del sangue che spiccia.

Il Dott. Bernardino Larghi usa grandemente nelle malattie delle ossa e delle articolazioni il nitrato d'argento, che lascia fondere dentro il tumore, siccome nel cavo degli ascessi (4): ma con questo modo l'azione del caustico non può essere quanto occorre misurata, nè rispetto all'intensità, nè rispetto all'estensione de' suoi effetti. In

---

(1) Istit. chir. Cap. XVIII §. 1378.

(2) Prospetto clinico della Scuola di Chirurgia pratica dell'I. R. Università di Padova pel triennio 1830-31 al 1832-33 Cap. X Artrocaci.

(3) *Volpi T.*, Nuovo Saggio di esservaz. e di esperienze medico-chirurgiche fatte nello spedale civico di Pavia. Pavia 1816 (Della Coscialgia p. 139). — *Signoroni*, Specchio dei risultamenti avuti dall'uso del fuoco (An. un. di Med. 1829 XLIX 507).

(4) Giorn. dall'Accad. med. chir. di Torino 1855 XXIV, 1856 XXVI, XXVII. — An. un. di med. 1867 CC 342, 1868 CCII 301.

oltre, e lo stesso autore l'avverte, i' cilindri di nitrato d'argento non possono essere introdotti fra le ossa e le articolazioni, che quando vi siano seni che a queste ed a quelle conducano.

La cura delle malattie articolari oggi è regolata diversamente che per lo addietro: i nuovi metodi introdotti particolarmente per opera del Bonnet di Lione, formano un vero progresso; raffermano la chirurgia conservatrice, avendo diminuito il numero dei casi in cui l'amputazione e la resezione erano giudicate necessarie. La riduzione forzata e l'immobilità dell'articolazione presero il posto del metodo antiflogistico, dei risolventi, degli unguenti, degli epispatici tanto adoperati. Ma quanti altri mezzi non sono necessarj per soddisfare a quelle due principali indicazioni! La maggior parte delle operazioni dirette a raddrizzare le membra sono, non che dolorosissime, spesso assai lunghe; la contrazione muscolare, che mantiene la positura viziosa dell'arto, è altresì non di rado gagliardissima: per vincere questa e assopire il dolore l'anestesia diviene, se non affatto indispensabile, utile oltremodo, concorrendo altresì per rendere più agevole e sicura la diagnosi. Alla tenotomia ed al taglio sottocutaneo dei muscoli devesi pure ricorrere allorchè, siccome succede nei casi antichi, intorno la giuntura o nella stessa articolazione siansi formati saldi attacchi e tenaci retrazioni. Perchè poi l'articolazione possa rimanere nel necessario riposo sono indispensabili apparecchi inammovibili ed insieme di tale natura da prender le forme stesse della parte a cui vengono applicati acciocchè non ne seguano dolorose compressioni. Orsù cotesta maniera di cura poteva mai esser impiegata innanzi che la chirurgia avesse gli anestesici, le sezioni sottocutanee, gli apparecchi glutinosi che non solo tengono ferme, assodandosi, le parti, ma ne sono la forma o lo stampo? Nè bastano i rimedj locali, chè anche una cura generale è necessaria. Sono dunque diversi espedienti diretti tutti ad uno scopo comune: nè solamente perchè riescono efficaci debbono essere debitamente applicati; ma anche, come avvertiva il Dott. Minich nella sua memoria sulla cura delle malattie articolari (1), bisogna determinare in quali casi l'im-

(1) Atti dell' Istituto Veneto 1867 T. XII. — Dei grandi benefizj dell'immobilità e della conveniente posizione nella cura delle artropatie discorse anche il Palamidessi negli ultimi suoi insegnamenti di Chirurgia pratica (p. 12-21).

mobilità sia da sè sola sufficiente per portare la guarigione, se la riduzione sia sempre possibile, come l'una e l'altra possa essere coadjuvata da altri mezzi, fino a qual punto siano da sperare buoni risultamenti dalla chirurgia conservatrice, e lecito sia nell'opera di questa perseverare.

Il Prof. GALLOZZI di Napoli nel Rendiconto della Clinica chirurgica di quell' Università si è pure occupato della cura degli artrocaci secondo le vedute della moderna chirurgia: e conformemente alle tradizioni della Scuola Napoletana vediamo raccomandata la *cauterizzazione trascorrente* nel primo e secondo stadio della malattia articolare come coadjuvante il beneficio dell' immobilità della giuntura. Il Dott. BROCA esaminando i lavori del BONNET ed esponendone i pregj dinanzi alla Società Chirurgica di Parigi (anno 1859), ricordava che il Chirurgo di Lione fu discepolo di LUGOL, e che questi prima di quello insegnava *que le mouvement favorise chez les scrofuleux la résolution des tumeurs blanches au déclin.* MALGAIGNE poscia, nel 1843, distinse due specie di tumori bianchi; una a cui l'immobilità è indispensabile, l'altra a cui invece i movimenti sono necessari. Ma fin dagli ultimi anni dello scorso secolo il nostro FLAJANI *nei tumori linfatici del ginocchio faceva muovere per tempo* l'articolazione, e durante il corso stesso della malattia (1).

Quanto poi valga la cura interna o generale delle diverse affezioni delle estremità articolari prodotte da *diatesi scrofolosa* lo dimostrano, fra le altre, le osservazioni raccolte dal Dott. FROLA di Torino (2).

---

(1) Collez. d'Osservaz. III §. 19 e 22.

(2) Giorn. dell'Accad. med. chir. Torino XXIV 647.

(Capo 47.°)

DELL' ANCHILOSI — DELL' ANCHILOSI ANGOLARE DEL GINOCCHIO DELL'ANCHILOSI DELLA MASCELLA INFERIORE E DEL METODO DEL RIZZOLI PER TORRE L'IMMOBILITÀ DELLA MEDESIMA.

L'anchilosi, piuttosto che malattia distinta, è l'effetto o residuo di diverse malattie delle articolazioni mobili: l' immobilità da sè sola, se i capi della giuntura non s' infiammino, o in altro modo non si guastino le altre parti che formano l'apparecchio articolare, non pare sufficiente a produrre l'anchilosi (1). Se non che le ossa articolari, che non hanno più movimento, rifletteva il Monteggia, alla lunga divengono scabre ed anche perdono il naturale strato cartilagineo, siccome poscia il Teissier avvertiva nella *Gazette Médicale* del 1841; mentre che formasi una nuova crosta cartilaginea là dove si trasporta lo sfregamento per essersi le ossa slogate, secondo che nei *Fascicoli patologici* faceva osservare lo stesso Monteggia. Il quale anche ammise una varietà d'anchilosi *filamentosa*, che succederebbe allorchè il tessuto della crosta cartilaginosa *diradandosi e sollevandosi per la mancanza di attrito, si risolve anch'esso nella cellulare primigenia*, che poi si convertirebbe in molteplici e tenaci filamenti (2). L'anchilosi *filamentosa* del Monteggia (*fibrosa* del Richet) fa parte di quella specie di anchilosi permanente, che lo Zannetti chiamò *per immedesimamente diploico*, le superfici articolari di due ossa, rammollite dianzi o distrutte da processo flogistico, confondendo la propria diploe (3).

---

(1) Ne è bell'esempio quello esposto dal Dott. Ferro nel Bullettino delle Scienze mediche. Ad un frate cappuccino che avea chiusa la mano sinistra da 28 anni, per esserglisi le quattro ultime dita attaccate in conseguenza di scottatura alla palma, quel chirurgo potè, tagliate le briglie, raddrizzare con adatto congegno le dita stesse, che mantenevano tuttora mobili le loro articolazioni (A. 1848 XIV 356).

(2) Instit. chir. Cap. XVIII §. 1406.

(3) An. un. di Med. 1830 LIV 598.

L'anchilosi universale di cui negli annali della medicina trovasi qualche esempio (1), è pure l'effetto di vizio costituzionale o di diatesi, e principalmente della così detta diatesi *reumatica* ed *artritica*, siccome fu appunto nel caso rilevantissimo narrato dal Grabner Maraschin (2).

Non meno importante è il caso accennato dal Ruggieri di quel giovane patrizio veneto, al quale, dopo un'*artritide universale*, così si saldarono fra loro le vertebre da formare della spina un sol pezzo, anchilosandosi pur anco parecchie altre articolazioni, ed altre in vario modo sformandosi (3).

Fra le diverse anchilosi quella angolare del ginocchio, per la sua frequenza e per gl'incomodi che arreca, ha principalmente formato soggetto della solerzia de' chirurghi. La cura di tale deformità col mezzo della tenotomia sotto-cutanea, con la flessione forzata è parto della moderna chirurgia: la nostra italiana può con onore vantare di aver avuto due operatori, il Palasciano ed il Borelli, che con il Bonnet più che altri illustrarono la parte dottrinale di quest'infermità e diedero le regole più razionali per curarla. Il Prof. Palasciano alla Società medico-chirurgica di Lione faceva conoscere i suoi studj in proposito; poscia nel 1864 pubblicava in un sol volume quella prima memoria, e tutti i lavori che alla medesima seguirono, le osservazioni cioè del Bonnet, la relazione del Barbarisi fatta all'Accademia medico-chirurgica di Napoli nel 1851 ec. (4). Il chirurgo napoletano partiva dalle nozioni anatomiche e fisiologiche esposte nella sopracitata dissertazione sul tendine del fascialata, muscolo rotatore della gamba, e su la lussazione consecutiva del ginocchio in fuori e in dietro, e dalla massima « che ogni deformità delle articolazioni risulta immediatamente dalla retrazione dell'agente del movimento, la cui esagerazione inamovibile costituisce la deformità, e che un muscolo ed

(1) Il primo venne notato dal Realdo Colombo nell'opera sua *de Re anatomica Lib. XV* (Venet. 1560 p. 256).

(2) An. un. di Med. 1824 XXXII 49.

(3) Dizion. enciclop. di Chir. V 307.

(4) Mem. ed osservaz. di chirurgia pratica su le anchilosi. Napoli 1864. — Il Prof. Palasciano ha pure fatto costruire un apparecchio, ossia piano inclinato articolato per l'estensione della gamba nell'anchilosi del ginocchio, il quale è molto lodato dal Dott. Panzetta (Trattato di operaz. chir. Napoli 1864 I 253).

un tendine retratti non possono allungarsi per permettere il movimento di cui sono antagonisti senz' esser tagliati »: quindi conchiudeva, che nel caso d'anchilosi angolare del ginocchio bisognava tagliare tutti i muscoli che non potevano, se non rilasciandosi, permettere la riduzione. E però la sezione sottocutanea dei tendini del tensore del fascialata e del bicipite, la recisione del retto anteriore e della porzione esterna del tricipite crurale, ed anche del legamento laterale esterno dell' articolazione debbono premettersi alla riduzione: la quale vien fatta col rompere in prima le aderenze della giuntura, esagerando il movimento di flessione della gamba, onde che la tuberosità della tibia sia spinta innanzi; poscia mettendo l'arto nell'estensione, e tenendolo con opportuno apparecchio. Ma è indispensabile il taglio dei muscoli che formano il quadricipite crurale; non basta la semplice recisione dei tendini dei flèssori dietro i condili? Il Palasciano propone di recidere alquanti dei muscoli estensori della gamba perchè più facilmente si rompino le aderenze interarticolari e si sposti la rotula, ed in pari tempo per prevenire la frattura dei condili del femore e la lacerazione del legamento tibio-rotuleo: se non che, ei medesimo consentendo che è possibile raddrizzare membra deformi senza tenotomia, tanto meno tutti que' tagli di muscoli e tendini saranno in ogni caso necessarj (1).

Il Dott. Borelli di Torino ha reso più semplice il processo operativo non comprendendo nella tenotomia i muscoli estensori, modificando il tenotomo e gli apparecchi meccanici che servir debbono al raddrizzamento. Egli opera tenendo il paziente, fatto insensibile dal cloroformio, bocconi su di un solido piano orizzontale, affine di aver fermo punto d'appoggio nella flessione forzata. In 20 anni, dal 1844 al 1864, il Borelli contava 56 casi di anchilosi curate con il preaccennato processo (2).

---

(1) Il Dott. Giuseppe Ruggi ha pabblicato testè sulla *genesi degli spostamenti, che più di frequente tengono dietro alle infiammazioni del ginocchio*, un diligente lavoro, che, partendo dallo studio anatomico e clinico, è confortato eziandio dall'esperimento. In alcuni punti le conchiusioni non andrebbero d'accordo con quelle principalmente del Bonnet e del Palasciano; anzi contro il chirurgo napoletano il Dott. Ruggi nega che il tensore della fascia lata abbia parte nella rotazione all'infuori della gamba, il qual movimento sarebbe prodotto dal bicipite siccome già asserirono i due Weber (Bullet. Scien. med. IX 1870 5, 81).

(2) *Borelli*, Sull'anchilosi angolare del ginocchio e suo trattamento. Mem. chir. patol. Torino 1863-64. 2 vol. Sonovi raccolte le memorie dei Dott. Albertetti, Guaschino, Gazzera, Ro-

Se l'anchilosi del ginocchio, o di altra articolazione delle membra è difetto grave e molesto, ben più grave è l'anchilosi della mascella inferiore, imperocchè a cagione di essa l' introducimento e la masticazione del cibo diviene impossibile, o quanto mai malagevole. E quand'anche il vizio non sia propriamente nell'articolazione, ma fuori di essa, nulladimeno è pur d'uopo di una falsa articolazione, per la ragione che nè il taglio delle corde formate dall' anomala cicatrice, nè la dilatazione forzata è bastevole riparo. Pertanto noi dobbiamo essere ben lieti che un nostro italiano, il Prof. Rizzoli, abbia trovato il miglior modo di soccorrere a sì grave sciagura. Nel 1838 il Dott. A. Bérard, traendone l' idea dalla famosa operazione di Rhea Barton, propose di torre l'anchilosi della mandibola troncando quest'osso sotto i condili. Ma prima ancora, cioè nel 1832, per osservazione clinica il Rizzoli persuadevasi, che la recisione potesse, in alcuni casi d' immobilità della mascella, conferire alla porzione conservata di quest'osso sufficienti movimenti. Di fatti il Prof. Baroni ad un uomo, cui successivamente a ferita d'arma da fuoco era sopraggiunta anchilosi temporo-mascellare, ebbe in quel tempo a recidere e disarticolare la branca ascendente destra della mandibola (1); ed il Rizzoli vide che dopo la recisione verticale, fatta nel posto del primo molare, tutta la porzione sinistra del mascellare poteva muo-

---

dolo scolari del Borelli, o che frequentavano la sua clinica nello Spedale Mauriziano di Torino. — Vedi anche le storie narrate e le guarigioni ottenute dal Dott. Giorcelli (Gaz. med. Stati Sardi 1859 p. 81), dal Prof. Rizzoli (Bullet. Scien. med. 1868 VI 60), dal Dott. Peruzzi (l'Ippocratico 1869 XV). Per altro il Borelli non alle sole incisioni sottocutanee confida la cura delle anchilosi del ginocchio; ei si giova altresì, allorquando così creda necessario, per ottenere più sicuramente l' estensione dell' arto di una macchina, consimile a quella fatta conoscore dal Dott. Berardo Costantini di Teramo (Bullett. Scien. med. 1870 X 184). La macchina del chirurgo napoletano avrebbe nondimeno, secondo si afferma, il vantaggio su l' altra del chirurgo torinese di essere più valida, ed insieme di poter meglio misurare la sua potenza. — Merita considerazione altresì pei diversi accidenti che complicarono la malattia e la cura, e per il sufficiente buon esito, la storia narrata dal Dottor Giovanni Puglioli di un bambino, a cui, in conseguenza di pregressa coxalgia, erasi formata un'anchilosi ad angolo retto nell'articolazione del femore sull'ileo: venne fatto il raddrizzamento immediato, e ridotta la lussazione; questa dopo alcun tempo rinnovossi e di bel nuovo rimessa in sito, ottenendosi da ultimo, mercé la lunga stazione in letto e l'immobilità della parte, la guarigione con semplice anchilosi fibrosa imperfetta, che concedeva la flessione della coscia per 40 gradi, e qualche movimento di adduzione e abduzione (L'Ippocratico 1864 V 325).

(1) Bullet. delle Scien. med. 1833 VIII 200.

versi facilmente, restando invece fisso il frammento che rimaneva a destra. La proposta del BÈRARD caduta in dimenticanza fu di nuovo fatta rivivere nel 1843 dal BRESCIANI de BORSA (1), quindi dal CARNOCHAN, dal RICHET e dal DIEFFENBACH: ma niuno la mise ad effetto prima di BRUNS di Tubinga. Se non che la pseudartrosi da costui fatta nel 1855 non ebbe esito felice, la sezione essendo stata fatta sul ramo ascendente, cioè di dietro alla cagione dell' immobilità. Perchè il procedimento fosse efficace dovea la pseudartrosi farsi dinanzi alle morbose aderenze, e ciò appunto concepirono l'ESMARCH ed il RIZZOLI: ma quegli, cioè l'ESMARCH, proponevasi di conseguire lo scopo recidendo piccola parte della mascella; questi, il RIZZOLI, tagliando soltanto l'osso verticalmente senza neppur fare esterna incisione. Dicesi che il chirurgo danese comunicasse la sua proposta al Congresso dei Naturalisti e de' Medici tenutosi in Gottinga nel Settembre 1854; ma di ciò veramente negli Atti del Congresso stesso non è fatta parola, come ho potuto persuadermi dopo diligente esame degli Atti medesimi (2). Chi poi mise in pratica la resezione della mascella anteriormente alle aderenze fu il WILMS di Berlino nel marzo 1858, l'ESMARCH non pubblicando veruna memoria in proposito che nel 1860. Intanto il RIZZOLI nel 1857, alla metà di maggio, compieva felicemente la sua prima operazione — sezione verticale entro la bocca con tanaglia ossivora del corpo della mascella inferiore al davanti della cicatrice del tessuto fibroso ed osseo cagione dell'atresia e dell' anchilosi — in un fanciullo, nel quale, successivamente a necrosi di buona parte del mascellare superiore ed inferiore destro, una sostanza *ossea fibrosa* giunse a riunire estesa porzione delle due ossa insieme. Nel novembre dello stesso anno ripeteva, con pari fortuna, la medesima operazione; e ciò ancora nel 1858 e 1860, avendo poscia, scorsi alquanti anni, potuto accertarsi che stabile era la guarigione, la pseudartrosi mantenendosi, sebbene con notevoli varietà, pur

---

(1) Saggi di Chirurgia teorico-pratica ecc. Verona 1843 p. 239.

(2) Gli Atti del Congresso di Gottinga (Amtlicher Bericht über die einunddreissigste Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Gottingen in September 1854 erstattet von den Geschäftsführen derselben Baum und Listing. Göttingen 1860) non registrano altra partecipazione dell' Esmarch in fuori di quella di aver felicemente estirpato un colesteatoma dall' osso frontale d' un giovane (p. 173).

sempre mobile (1). Di ciò il Prof. Rizzoli rendeva informata nel 1863 la Società di Chirurgia di Parigi con una lettera diretta al Verneuil; nella quale conveniva eziandio col Chassaignac, che ogni volta che le aderenze, le quali fissano l'inferiore mascella, non siano estese e profonde, anzi che praticare la sezione di quest'osso al davanti del medesimo, si debbono togliere e correggere quelle aderenze mediante ben dirette incisioni, o regolari operazioni d'autoplastica: la qual cosa il nostro chirurgo avea già fatto parecchie volte alquanti anni prima, cioè nel 1853 (2), ed ora di nuovo ebbe occasione di praticare in un fanciullo; nel quale il non aprirsi della bocca era effetto non di anchilosi dell'articolazione, o di corde e d'imbrigliamenti da cicatrice, bensì di *particolare cambiamento di struttura* avvenuto nel destro massetere (probabilmente atrofia della fibra muscolare con preponderanza del tessuto fibroso intermuscolare), ondechè il taglio intrabuccale di questo muscolo fu bastevole rimedio (3). Anche il Prof. Reina di Catania ricorse in tre casi a larghe e profonde incisioni per riparare alla permanente chiusura della bocca; ma in que' casi gl'impedimenti, le ulcerazioni, la retrazione delle membrane e dei muscoli erano effetto di labe sifilitica, di modo che le alterazioni delle parti vennero eziandio corrette con rimedj generali (4). Piuttosto è da ricordare la miotomia del massetere sinistro, per causa di *miosite passata allo stato d'ingrossamento e di durezza ossiforme*, fatta dal Bresciani (5), e l'altra dal Dott. Ghidella (6).

---

(1) *Rizzoli*, Storia d' una immobilità della mascella inferiore trattata con un nuovo processo operatorio (Bullet. delle Scien. med. Bologna 1858 IX 81). — Operazioni chirurgiche eseguite in diversi casi onde togliere l' immobilità della mascella inferiore (Mem. dell' Accad. delle Scienze. Bologna 1859 VIII 467 con tav.) — Sul metodo della semplice incisione verticale sottocutanea del corpo della mandibola inferiore per la cura del serramento delle mascelle. Lettera al Prof. A. Verneuil (Bullet. delle Scien. med. 1860 XIV 109). — Lettera II al medesimo (Ivi 1863 XIX 241).

(2) Veggasi la prima dissertazione del Rizzoli sull' immobilità della mascella inferiore.

(3) *Rizzoli*, Masseterotomia intrabuccale per la cura di un' anchilosi mascellare inferiore (Mem. dell' Accad. delle Scienze di Bologna 1869 VIII).

(4) *Reina Euplio*, Sopra una nuova forma di chiusura permanente della bocca. Osservaz. prat. Catania 1858.

(5) Op. cit. p. 410.

(6) Della maniera di rimettere in movimento alcune articolazioni ecc. (*Canella*, Giorn. di Chir. prat. A. 1827).

Il Verneuil nel 1860 confrontando i due processi di Esmarch e di Rizzoli concedeva ad entrambi uguale valore, non conoscendosi allora nè recidive nè casi di morte; ma in seguito il giudizio dovè mutarsi. Quindi nella Informazione dei Progressi della Chirurgia in Francia, esaminati i risultamenti delle operazioni eseguite coll'uno e coll'altro modo, è detto: *la conclusion en faveur du procédé de* Rizzoli *paraît donc légitime* (1). Il metodo del chirurgo bolognese fu tra noi messo felicemente in pratica dall'Esterle (2), dal Burci (3), dal Sani e Mazzoni (4), dal Palasciano (5), dal Gallozzi (6). Questi peraltro a dir vero non limitavasi alla semplice sezione, ma recideva dell'osso piccola parte, un centimetro circa, in forma di cuneo con la base nel margine alveolare: la quale modificazione non pare necessaria, conciossiachè un vano si forma da sè per l'appianarsi che fanno, osserva il Prof. Rizzoli, i corrispondenti alveoli cadendo il taglio sul setto intermedio tra i due denti (7). Tanto per l'anchilosi unilaterale: nella bilaterale il Bresciani de Borsa proponeva appunto di formare una falsa articolazione, tagliando con le tanaglie ossivore del Signoroni la branca ascendente dell'una e dell'altra parte, ma ciò non sarebbe possibile che nell'anchilosi vera: nella falsa (cicatriziale posteriore od intermascellare) è necessario, siccome il Prof. Gallozzi di nuovo avvertiva, limitarsi a svellere alcuni denti, e risegare tanto del mar-

---

(1) Rapport cit. p. 653. Vedi ancora la tesi del Mathé « Recherches sur les résultats fournis par les procédés d'Esmarch et de Rizzoli. Paris 1864.

(2) Caso di chiusura delle mascelle per aderenze ossee, guarita mediante articolazione artificiale (Ann. un. di Med. 1861 CLXXVI 570). — In questo caso, oltre all'immobilità della mascella, era da riparare alla deformità della bocca e della guancia sinistra: l'una e l'altra cosa faceva il valente chirurgo.

(3) Anchilosi della mascella inferiore prodotta da tessuto inodulare effetto di precedente necrosi. Permanente guarigione anche dopo 4 anni, cioè nel 1867 (Archiv. chir. prat. 1868 V 302).

(4) Serramento delle mascelle per tessuto cicatriziale con perdita di sostanza delle parti molli (Giorn. med. di Roma 1866 p. 591).

(5) Archiv. di Chir. prat. 1868 V 8. — Il Palasciano, fatta la storia dell'operazione, mostra come al Rizzoli debbasi interamente il merito di averla per primo immaginata e messa in pratica. Egli aggiunge il sommario delle operazioni fatte col predetto metodo del 1857 in poi.

(6) *Frusci,* Rendic. dalla Clinica chir. di Napoli. Napoli 1867.

(7) Della masseterotomia intrabuccale ecc. p. 13.

gine alveolare che basti per dare il passo alle sostanze alimentari senza tentare altre inutili o gravi operazioni, che mettano in pericolo la vita degl'infermi (1).

Il Dott. G. Williamson nel 1864 risecava il capo dell'omero in un caso di anchilosi dell'articolazione scapulo-omerale (2): l'anno innanzi il Prof. Riberi suggeriva appunto la resezione dell'omero in vicinanza del suo collo con lo scopo di favorire la formazione d'una falsa giuntura nei casi d'anchilosi scapulo-omerale avendo osservato nel cadavere di un tale che, malgrado i segni d'antica lussazione del capo dell'omero con frattura del suo collo, l'arto toracico avea conservato molta parte de' suoi movimenti e della sua forza, in grazia di una falsa articolazione formatasi (3).

Il Prof. Sangalli chiama l'attenzione dei chirurghi su la saldatura dell'atlante con l'occipite, e sopra alcune anomalie di conformazione nelle due prime vertebre cervicali e nei contorni del foro occipitale, come cagioni di torcicollo, a cui naturalmente la tenotomia non potrebb'essere di verun benefizio (4).

---

(1) Veggasi ciò che diceva in proposito Bartolomeo Eustachio nell'opuscolo *de Dentibus* Cap. XXVIII (Venet. 1563 p. 90).

(2) The London med. Gazette A. 1846.

(3) Giorn. d'Anat. e Fisiol. patol. I 275.

(4) Giorn. delle Scienze med. di Torino 1843 XVI 70. — Nei casi di lussazione del capo dell'omero con frattura del suo collo non potendo farsi la riduzione, il Riberi consigliava di ottenere una pseudartrosi artificiale facendo fare di buon'ora movimenti al braccio rotto. Ma quest'espediente al savio chirurgo non dovrà esser di più che un'*extrema ratio*; quantunque ad alcuni sia parso altrimenti (*Peyrani Vincenzo*. Due fatti di lussazione anteriore del capo dell' omero complicata con frattura del suo collo chirurgico. In Giorn. Scien. med. Torino 1844 XXI 257. — *Mussa Ferdinando*, Guarigione mediante pseudartrosi di lussazione del capo dell' omero con frattura del suo collo. In: Giorn. Accad. med. chir. Torino 1848 II 20).

(Capo 48.°)

DELL'ORTOPEDIA. – TENOTOMIA E MIOTOMIA – ROTTURA DEI TENDINI E DEI MUSCOLI.

La dissertazione che lo Scarpa pubblicava nel 1803 sui piedi torti congeniti dei fanciulli, non solamente faceva meglio conoscere cotesta deformità, ma anche dava a tutta l' ortopedia base ed avviamento scientifico. L'illustre anatomico osservava che nel varo, quando cioè il piede è rivolto all' indentro, le ossa del tarso non sono propriamente parlando *slogate*, ma soltanto spostate, l'una dall'altra, e torte intorno il loro asse minore; meno delle altre l'astragalo (1). A motivo di tale torsione alcuni de' muscoli destinati a muovere il piede dovevano trovarsi in istato di abbreviamento e di tensione al di là del naturale, altri al contrario allungati oltre natura e rilasciati. In oltre rilasciati esser dovevano i legamenti che uniscono le ossa del tarso fra di loro, e queste coll'estremità inferiore della tibia. Ciò che poi maggiormente fermò la mente dell' autore fu, che, traendo l' apice del piede dall' indentro all' infuori, le ossa del tarso riprendevano la sede e direzione loro naturale, facendo per così dire un moto retrogrado di rotazione intorno l'asse loro minore, di guisa che ne veniva tolta la deformità. Lo Scarpa non ebbe più alcun dubbio, che una molla la quale formasse un braccio di leva bastante a trarre il piede torto e portarlo in verso opposto, sarebbe mezzo capacissimo per ricondurlo alla naturale sua forma e direzione. Proponeva perciò due apparecchi elastici, il primo dei quali comincia a rivolgere l' antipiede dall' indentro all' infuori, e l' altro serve a mantenervelo,

---

(1) Il Dott. Bertani contraddiceva questo punto della dottrina dello Scarpa, sostenendo che, almeno ne' piedi equini semplici ed equini vari, l'astragalo è l'osso che patisce di più nella forma, rimanendo atrofico nella parte più direttamente compressa, cioé nella parte posteriore: opinione che il Palletta (Exercitat. pathol. Cap. X § 5) avea già accennata (Gaz. med. di Milano 1844 p. 49.

non che a raddrizzare il calcagno e ritenere stabilmente la tibia e la fibula a perpendicolo sull'astragalo. Da alcuni chirurghi, dal Giuntini ad esempio, furono fatti per renderlo più semplice cambiamenti all'apparecchio dello Scarpa; ma la massima generale stabilita dall'autore sull'essenza di cotesta deformità e sui mezzi di correggerla rimase sempre la stessa, perchè fondata sull'anatomica ispezione e sull'applicazione razionale dei mezzi valevoli a ricondurre le ossa del tarso distorte alla naturale loro sede, e rimetterle ne' reciproci contatti con l'estremità inferiore articolare della tibia (1). Conformemente gli stessi principj fu dallo Scarpa compiuta la cura di altre parti distorte del nostro corpo, per esempio di un ginocchio curvato indentro (2).

La tenotomia e gli altri tagli sottocutanei se non arrecavano all'ortopedia nuovi principj, le fornivano per altro espedienti efficacissimi ed innocui per mettere in pratica i principj medesimi. Le nuove operazioni ebbero in Italia premurosi ed intelligenti esecutori. Il Dott. Mori di Pontedera (3), il Dott. Lorenzo Bruni (4), il Dott. Petrali di Vicenza (5), il Dott. Sperino di Torino (6), il Prof. Petrunti di Napoli (7) il Dott. Pagello di Belluno (8) ecc. diedero i primi esempj. Il Bruni, nativo di Firenze, instituiva in Napoli un Giornale ortope-

---

(1) La *streblopuside* di G. B. Chiesa è una modificazione del calzare dello Scarpa, di maniera che può servire indifferentemente ad ambedue i piedi, e fino all'età dei 14 ai 16 anni (Ann. un. di Med. 1833 LXVII 446). Semplice ed ingegnosa è la macchinetta inventata dal Prof. Giosuè Marcacci per condurre con graduata trazione il piede deviato nella naturale posizione (Gaz. Toscana delle Scien. med. fis. 1845 III 5): tanto da lui che da altri venne utilmente adoperata (Ivi 1845 IV 289) in varj casi.

(2) *Scarpa*, Opusc. di Chir. Vol. III.

(3) Recisione del tendine d'Achille per varo del piede destro (Nuovo Giorn. dei Letter. di Pisa 1837 XXXIV 33).

(4) Sopra la sezione del tendine d'Achille e di qualche altro tendine come mezzo curativo de' piedi torti. Napoli 1838.

(5) Su d' una cura di piedi e mani torte per mezzo della sezione sottocutanea de' tendini (Memoriale della Medic. contemp. Venezia 1838 I 25).

(6) Caso di piede torto guarito colla sezione del tendine d'Achille (Repert. delle Scien. fis. med. del Piemonte A. 1838 p. 385 »).

(7) Sezione del tendine d'Achille in un caso di piede torto congenito (Filiatre Sebezio 1839 XVIII 206).

(8) Della recisione del tendine d'Achille praticata felicemente per la cura del piede torto. Belluno 1839 e Memoriale della Medic. contemp. 1839 II 122. — *Antoldi Gius.*, Della cura dei piedi torti mediante la tenotomia. Mantova 1842.

dico (1), dirigeva una *Sala ortopedica* nell'Ospedale di S. Maria di Loreto, e dei risultamenti clinici pubblicava la relazione (2). In Firenze il Dott. Ferdinando Carbonaj, in Torino il Pistono (3) dedicavansi con molto amore a questo ramo di terapeutica chirurgica, e aprivano due Ospizj: in quello di Firenze fu anche eretta per beneficio del Principe, una clinica ortopedica, acciocchè i nuovi frutti della Scienza fossero di comune vantaggio (4). Prima ancora del Pistono ebbe Torino nel Borella un ingegnoso ortopedista, che immaginò varj macchinamenti per correggere la deformità delle membra e della spina dorsale descritti e figurati nelle Memorie dell'Accademia delle Scienze di Torino (5). Neppure è da tacere che Francesco Rossi nel suo libro di Chirurgia operativa trattando della protesi, si fermò alquanto intorno i principj razionali che regolar debbono l'applicazione degli apparecchi ortopedici. Aggiungasi una buona dissertazione che il Dott. Piedmonte scriveva essendogli maestro il Barovero (6).

Naturalmente le operazioni sottocutanee non limitavansi alla cura de' piedi torti o del torcicollo. Lo Sperino, pochi giorni dopo che l'Amussat dinanzi all'Accademia di Parigi trattasse della miotomia dei genioglossi come mezzo per guarire la bulbuzie, eseguiva felicemente quest'operazione in una giovane balba sin dalla nascita (7): lo stesso

---

(1) Giornale d'Ortopedia e di Scienze affini. Napoli 1839.

(2) Risultamenti clinici in tutto l'anno 1841. Napoli 1841. — Id. in tutto l'anno 1842, e 1843. Napoli 1842 e 1843. — *Zarlenga Raf.*, Sopra i progressi dell'ortopedia nel Regno di Napoli (Il Severino. Ottobre 1838).

(3) Relazione di 31 cure fatte dal chirurgo G. Pistono nel suo stabilimento ortopedico (Giorn. delle Scien. med. chir. di Torino 1846 XXVII). — *Frola*, Rapporto della Commissione incaricata di visitare lo stabilimento ortopedico diretto dal Sig. Dott. Pistono (Ivi 1847 XXIX).

(4) *Carbonaj*, Prospetto dei casi più importanti tra le deformità del corpo umano curate e guarite ecc. Firenze 1842.

(5) A. 1821 XXVI 163. — *Borella B.*, Memoria quali siano i mezzi attuali impiegati in Parigi ed in Roma per correggere i piedi torti, ed altre storpiature delle estremità inferiori; Torino 1820. — Osservaz. critiche sul modo di curare varie storpiature delle ossa ecc. Torino 1826. — *Bonparola Tommaso*, Mem. sulla perfetta guargione di un braccio, antibraccio e mano, divenuti storpj in seguito d' una scottatura, con un mezzo meccanico medico. Napoli 1838.

(6) De curandis pedes obtortos methodo Specimen. August. Taurin. 1811.

(7) Giorn. delle Scien. med. di Torino. Maggio 1841.

facevano il MALAGODI in Fano ed il CAPPELLETTI in Trieste nel medesimo anno 1841 (1); quindi il Prof. RIZZOLI (2) e il Dott. SANI (3). Il taglio dei muscoli dell'occhio per correggere lo strabismo fu pure eseguito nel predetto anno dallo SPERINO e dal CAPPELLETTI (4); e l'anno prima, cioè nel 1840, dal CANTONI di Milano e dal BRESCIANI di Verona (5). Il BARONI invece in un caso di leucoma formò artificialmente lo strabismo recidendo il retto superiore, affinchè la porzione della cornea rimasta trasparente venisse condotta nell'asse visivo: con ciò supplivasi alla pupilla artificiale (6). Il valore della miotomia degli spinali nelle deviazioni dorsali fu discusso e difeso nel Congresso di Napoli e nell'altro di Genova, allora appunto che tale operazione, per l'abuso che taluno n'avea fatto, era stata presso che bandita come temeraria ed improvvida. Furono anche pubblicati parecchi trattati generali, tra' quali va distinta la *Guida anatomico-patologica all'esercizio pratico della ortopedia* (7). Finalmente non va dimenticato che il Dott. PIETRO GHIDELLA sin dal 1827 pubblicava una dissertazione intorno la maniera di rimettere in movimento, mercè le molteplici incisioni de' legamenti, alcune articolazioni rese immobili per vizio delle parti molli che le circondano (8). Ma la miotomia ed in generale le sezioni sottocutanee furono adoprate eziandio in altre cure, oltre le preaccennate. PAOLO FABRIZI si valse della tenotomia nella cura delle piaghe muscolari inveterate (9): il Prof. RIBERI in un restringimento dell'orificio esterno e di porzione interna della vagina, consecutivo ad intensa infiammazione sorta dopo parto laborioso, e pel quale appena passava un catetere di quattro linee, fece

---

(1) *Malagodi*, Del tartagliare e de' suoi metodi curativi. Fano 1841. — *Cappelletti*, Sezione dei genioglossi nella balbuzie (Giorn. per servire ai progressi della Patol. Venezia 1843).

(2) Bullet. delle Scien. med. 1843 III 224.

(3) *Sani*, Alcune operazioni di tenotomia e miotomia. Roma 1844.

(4) Giornali cit.

(5) Saggi di Chirurgia. Verona 1843 p. 59.

(6) Rendic. dell'Accad. delle Scienze di Bologna. Sed. del 5 Gennajo 1843.

(7) Scritta dal Dott. Petrali e stampata a Venezia nel 1847. Lo stesso Dott. Petrali pubblicava poscia nella Gazzetta medica di Lombardia (A. 1853 e 1854) certo numero di *Lettere sull' Ortopedia*.

(8) *Canella*, Giorn. di Chir. pratica. Marzo 1827.

(9) Gazette médicale de Paris 1844 n. 33.

all' intorno parecchie incisioni sottomucose e con cilindri di varia misura giunse a mantenere la fatta dilatazione (1). Vedemmo già come lo stesso Riberi guarisse con le incisioni sottocutanee fiere nevralgie; come il Rizzoli in qualche caso di frattura della gamba tagliasse, per meglio contenere i frammenti, il tendine d'Achille, operazione per altro ch'ei medesimo dichiara affatto eccezionale. Il Borelli di Torino nei casi di pronazione forzata e permanente proponeva il taglio del pronatore quadrato; miotomia la quale può servire anche per rendere più agevole la riduzione delle fratture della porzione inferiore del radio. Egli indicava altresì, dopo averne fatte molte prove sul cadavere, la via per far giungere speditamente e sicura il tenotomo fino a quel muscolo profondo (cioè infiggendolo nel margine interno del quarto anteriore dell'antibraccio tra la superficie anteriore del cubito ed il tendine del cubitale anteriore); indicazione la quale può tornare utile nelle malattie profonde dell' antibraccio, come negli ascessi e negli altri tumori (2). Ma nè l' autore, nè altri ebbe occasione di mettere in pratica la proposta operazione.

A quei primi entusiasti fervori succedeva l' esame critico, e più calmo giudizio. Il Riberi, dopo aver curato 17 casi di piedi torti con le incisioni sottocutanee, studiava le varie cagioni della retrazione de' tendini e quindi le giuste indicazioni della *tenotomia* (3). Il Malagodi nella precitata sua dissertazione intorno i metodi di curare la balbuzie scriveva: pei diversi esperimenti a lui sembrare che si dovessero usare quei metodi soltanto, i quali non sono di tanta importanza da mettere in pericolo i nostri operati; che se la guarigione del tartagliare non si potesse ottenere che rischiando la vita, l' operazione certamente andrebbe proscritta dalla chirurgia (4). Ei medesimo poi onestamente avvertiva spesso accadere la recidiva del tartagliare dopo il taglio dei genioglossi; per riparare alla quale, e per ottenere la cicatrizzazione dei muscoli predetti col desiderato allungamento

(1) Giorn. delle Scien. med. Torino 1842 XV 276.

(2) Raccolta di Osserv. clin. patol. T. II. p. 498.

(3) Giorn. delle Scien. med. di Torino 1842 XV 129.

(4) Mem. cit. p. 85. — Intorno quel modo di tartagliare che non è conseguenza di vizio di conformazione della lingua, o di altre parti che pur sono strumenti della loquela, e che quindi può esser superato o corretto con adatto esercizio, e con la cura morale, diede buoni avvertimenti il Dott. *Stulli* di Ragusa nell' Antologia di Firenze (A. 1827 XXVI 124).

proponeva la forchetta dell' IRARD. Al quale proposito il MALAGODI soggiungeva, ciò che può servire di precetto generale nelle operazioni di tenotomia: « se la macchina di SCARPA dopo l' invenzione del taglio dei tendini per rimediare i piedi torti non è più di primitiva necessità, essa stessa però, e le macchine di consimile effetto sono oggi di un bisogno secondario non meno importante, che è quello di mantenere dopo l' operazione gli estremi divisi e allontanati fra loro fino a compiuta cicatrice (1) ».

In Francia pure, dove le incisioni sottocutanee, reputando troppo angusto l' ampio campo delle deformità a cui dapprima vennero apposte, ebbero la presunzione d' invadere il dominio della chirurgia generale; in Francia dico, la *reazione* sollevossi ed andò oltre il convenevole, perchè appunto là l' entusiasmo toccò, se non lo fu, il delirio. L' Informazione de' progressi della chirurgia francese fa appunto sentire con queste parole quanto col volgere degli anni le opinioni siano mutate: « Que sont, en effet, devenues les sections musculaires destinées à guérir le begayement? Quels résultats ont fournis les sections des muscles du dos qui devaient amener la guérison des déviations de la taille? Qui voudrait pratiquer encore la section des tendons fléchisseurs des doigts, et quel temps ont vécu les sections musculaires destinées à guérir la fatigue des yeux et la myopie? L' opération du strabisme, qui d' ailleurs n' a jamais pu entrer dans la méthode sous-cutanée malgré les efforts de M. J. GUÉRIN; l' opération du strabisme elle même, compromise par ses excès, est demeurée près de vingt ans dans l'abandon (2) ». Quindi conclude, offendendo la verità storica per compiacere all' orgoglio nazionale, che le operazioni immaginate da DELPECH e da DUPUYTREN sono oggi ancora le più utili ed i più gloriosi acquisti del metodo sottocutaneo.

Il Dr. CRESCI CARBONAI, parente di quegli che tanto s' adoprò per promuovere l' ortopedia in Italia, e direttore ei medesimo d' un ospizio ortopedico in Firenze, in alcuni suoi studj sopra le direzioni della colonna vertebrale (3), dà a vedere di conoscere il valore di cotesta parte di terapia chirurgica senza esagerarne la possanza.

---

(1) Sopra la causa che sembra portare la frequente recidiva del tartagliare ecc. Fano 184z

(2) p. 531.

(3) Firenze 1867 p. 23.

Così è che discorrendo della retrazione muscolare voluta da Guérin come causa potissima, e da Malgaigne esclusa, delle deviazioni ordinarie della spina, scrive che la più rigorosa analogia e la semplice ispezione delle deviazioni spinali, e la coesistenza con essa di altre deformità certamente dovute alla retrazione muscolare, dimostrano evidentemente che tale retrazione può essere veramente causa di deformità spinali. Soltanto è da notare che in questa, come in tutte le altre deformità del corpo umano, la retrazione muscolare non è sempre identica, che ora cioè è attiva o primaria, ora passiva o secondaria, che la prima è forse meno frequente di quello che sembrasse al Guérin; che assai più spesso trovasi, specialmente nelle deformità molto antiche, la retrazione passiva, cioè quella la cui cagione è più interna ed oltre il luogo in cui se ne manifesta l' effetto.

Come introduzione allo studio e pratica razionale dell' ortomorfia od ortopedia vanno riguardate le Memorie del Prof. Landi. — Di alcune condizioni fisiologiche dell' apparecchio locomotore predisponenti alle deformità. — Delle predisposizioni alle deformità considerate in alcune condizioni patologiche dell' apparecchio locomotore (1). Aggiungasi l' altra Dissertazione del Prof. Pacchiotti: Delle deformità congenite dello scheletro (2).

Se la tenotomia e le altre operazioni, che formano il metodo *sottocutaneo*, non nacquero fra noi, possiamo bensì sostenere d' aver contribuito perchè l' arte s' arricchisse di questi sicuri ed efficaci espedienti. I principj razionali dei medesimi trovansi ne' molteplici esperimenti che dai nostri anatomici e fisiologi vennero istituiti nella metà del passato secolo volendo prender parte alla famosa disputa halleriana *de natura insensibili et irritabili*. Vincenzo Petrini nella prefazione alla sua raccolta delle dissertazioni sull' *insensibilità ed irritabilità di alcune parti degli animali* (3), mostrava che senza offesa, ed utilmente se l' esiga la qualità del male, lo stato dell' infermo, si possono tagliare i tendini e le aponeurosi. Ciò pure scrissero il Verna di Torino (4), il Sichi di Pisa (5) e parecchi altri le cui

(1) Lo Sperimentale 1858 I 293 389; 1861 VIII 446 1862 p. 72.

(2) Torino 1856.

(3) Roma 1755.

(4) Lettera al Signor *Haller*. Torino 1758.

(5) De irritibilitate et sensibilitate. Pisis 1764.

scritture possono vedersi nella collezione del Fabbri (1). Dobbiamo altresì aggiungere che il Molinelli di Bologna mostrava, che il tendine d' Achille, se rotto o tagliato, può ricongiungersi *sine ulla artificiosa junctione* (2). Ciò pure notò il Gasparetti (3): Lorenzo Nannoni ed il Baronio riconfermarono poscia il fatto negli Opuscoli scelti di Milano (4). Sebastiano Migliavacca oppugnò con osservazioni cliniche i pericoli, che il Petit temeva dalle rotture incomplete della corda magna (5); finalmente il nostro Monteggia raccomandò con calore la tenotomia nel torcicollo (6).

Ma più antichi ancora sono i meriti degl' Italiani tanto nelle sezioni de' tendini, quanto nell' arte di raddrizzare le membra deformi o storte. E quantunque non medico sia l' autore, che primo ci si presenta, noi dobbiamo qui ricordarlo. Mastro Agostino Columbre di San Severo Siniscalco del Re Ferdinando d' Aragona parlando nel Libro III Cap. 24 della sua Mascalcia *de li nerui quale descendino da ponta de spalla che tirano le gambe et fanno scapozare spisso lo cauallo,* dice che a quest' infermità, nella quale i *nerui*, toccandoli con la mano, *trouarai che tirano superchiamente*, si deve così provvedere: « aperi lo coiro sopra alo neruo apresso la uena del pecto scarnando con lo digito la carne sopra el neruo et facto questo diui incidere lo neruo per lo trauerso con lo rasolo totalmente si che non resta niente de isso nce mectirai le fila con la stoppa con la chiara de ouo et olio et sale.... et debiasse ogni di caminare ad picolo passo in lo principio da poi li acreseriti ogni di lo camino ad poco ad poco (7) ».

---

(1) Sulla insensibilità ed irritabilità halleriana opuscoli di varj autori. Bologna 1757 P. I e II Supplem. 1759.

(2) Bonon. Instit. Comment. T. II P. I p. 189.

(3) Osservaz. med. chir. Bologna 1753.

(4) A. 1785 VIII 361, A. 1786 IX 313.

(5) Opuscoli di Chirurgia. Crema 1794 p. 59.

(6) Instit. chir. Cap. XXIV § 1673.

(7) Questo brano è tratto dall' Edizione del 1490, la quale è senz'indicazione di luogo (Finisce l'opera de Manuschansia de Maistro Augustino columbre de Sancto Seuero Dedicata alo inuectissimo Re Ferdinando de Ragona feliciter Amen. Anno salutis MCCCCLXXXX die quinto decimo mensis septembris), ed ignota ai bibliografi, che danno come *princeps* quella di Venezia del 1518. Il raro cimelio è posseduto dal Prof. G. B. Ercolani di Bologna, che cortesemente mel pose sott' occhio.

Marc' Aurelio Severino scrisse un libro a bella posta *de gibbis, valgis, varis et aliis ab interna vi varie luxatis* (1), nel quale è parola eziandio di congegni ortopedici: e prima ancora Fabrizio d' Acquapendente adoperava le macchine per la cura dei piedi torti. Se non che il chirurgo di Padova fece anche di più; fece uno strumento *quod puto*, egli dice, *a me fuisse paratum in puero, cui os femoris, propter ligamenti laxitatem facile sursum prorumpebat; proquo factum est hoc instrumentum, quod sensim deorsum caput impellit, et detinet* (2). Lo che, soggiunge il Prof. Palasciano, vuol dire avere l'Acquapendente conosciuta e praticata la cura meccanica della lussazione congenita (3).

La rottura del legamento proprio della rotella è accidente piuttosto raro: un caso ne fu osservato dal Dott. Marini nel quale i due capi rotti, fatti combaciare con opportuno apparecchio, si saldarono perfettamente (4). Il Dott. Giacomo Barovero ebbe occasione di osservare, in una donna travagliata da doglie reumatiche, parzialmente rotto il tendine dei muscoli estensori d' una gamba e il Dott. Carlo Massarenti la completa staccatura d' amendue i tendini suddetti dalla rotula, succeduta in un giovane soldato nell' atto di violento sforzo del tronco all' indietro, stando piegate le ginocchia, affine di evitare il pericolo in cui era di cadere all' innanzi. Il Dott. Massarenti suggeriva perciò un apparecchio per supplire all' azione dei muscoli offesi (5). Lo strappamento del tendine del muscolo flessor lungo del pollice, degli estensori e flessori dell' indice venne osservato dal Dott. Gherini; il quale di questo fatto piuttosto raro ricordava altro esempio registrato dal nostro De Marchettis (6): in tutti tre i casi la guarigione avvenne senza gravi accidenti, per essere la lesione sot-

---

(1) È il VI dell' opera de *Abscessuum recondita natura.*

(2) Opera chirurgica. Patavii 1666. De rigidis articulis relictis p. 307.

(3) Nota sull' antichità degli apparecchi ortopedici in Italia (Rendic. dell' Accad. med. chir. Napoli 1852 VI 53).

(4) Opuscoli delle Soc. med. chir. di Bologna 1826 III 28.

(5) Bullet. delle Scien. med. 1847 XII 28.

(6) Morsu equi refractarii detruncatum tertium internodium pollicis, cum evulsione tendinis musculi illius flectentis, ex voto sanatum In. Observat. med. chirurg. rarior. Patav. 1664 obs. LXII.

tocutanea (1). Riguardano eziandio questi argomenti dell' ortopedia e delle affezioni dei tendini alcuni lavori, che precedentemente facemmo conoscere nel capitolo assegnato alle anchilosi del ginocchio (2).

Ma anche i muscoli si rompono, e talora in forza delle violenti contrazioni tetaniche: non ha guari il Dott. Verardini per cotesta cagione vedeva troncati i psoas, i muscoli della nuca ed i superiori del dorso (3). Due casi di strappamento del plantar gracile della gamba, avvenimento non comune, furono esposti dal Dott. Giacomo Zambelli pochi anni fa nella Gazzetta medica delle Provincie venete (4).

(*Capo* 49.°)

AFERESI DELLE OSSA — AMPUTAZIONI E DISARTICOLAZIONI — APPARECCHI PROTESICI

Malgrado che la moderna chirurgia ponga tanto studio nel conservare le parti malate, e pressochè abborra dal reciderle; nondimeno a quest' espediente, siccome a suprema necessità, fa d'uopo piegare, allorquando, non altrimenti che per tal modo, la vita possa essere serbata, o sen possa rendere agevoli le funzioni: non basta conservare, bisogna ancora che la *conservazione* sia utile.

Nelle Istituzioni chirurgiche del Monteggia molto saggiamente sono esaminati i casi nei quali la disarticolazione, o l' amputazione d' un grosso membro conviene; ed a proposito dell' opinione di Bilguer, che si escludesse interamente dalla Chirurgia l' amputazione, od almeno venisse differita fino a che ne fosse dimostrata l' assoluta necessità, leggonsi queste savie parole: Non pareva veramente che si potesse discorrere di bandire un' operazione, a cui tanti debbono

---

(1) Gaz. med. Lomb. 1868 p. 129.

(2) Vedi ancora gli articoli dei Dott. Cozzi e Tigri su le ferite delle guaine sinoviali dei tendini nella Gazzetta medica Toscana A 1851.

(3) Bullet. delle Scien. med. 1867 III 388. — Per due volte la lacerazione dei muscoli venne osservata dal Bottini di Novara (Ann. un. di Med. CCXIII 28.)

(4) A. 1864 p. 36.

la conservazione della vita; ma d' altra parte, si amputava forse con troppa facilità e leggerezza. e per rimuovere gli uomini da un tale abuso, uopo era scuoterli ed eccitare la loro attenzione con un paradosso contrario. Tale è forse stato lo scopo od effetto utile della dissertazione di Bilguer. Essa diede luogo a varie confutazioni ed a fissare con più cognizione e cautela la convenienza dell'amputazione in alcuni casi, di cui ora più non si dubita (1). La quale prudente parsimonia raccomandava altresì il Dottor Giuseppe Borghi di Bologna in un opuscolo stampato a Venezia nel 1781 (2). Il Sografi, il Flajani ed il Soleri diedero buoni precetti intorno il modo di fare l' amputazione, ed i casi nei quali deve eseguirsi (3). Il Soleri proponeva altresì in quest' occasione un particolare strumento *(diatlibe)* per arrestare l' emorragia de' grossi vasi, simile al *premiarterie* dell' Assalini, perocchè l' effetto suo sta appunto nel serrare con due piastrelle e mediante una molla il lume dell' arteria.

Similmente il Prof. Volpi ai cenni pratici intorno l' amputazione delle grandi estremità, aggiungeva riflessioni patologiche critiche sopra le disarticolazioni (4): la quale parte didascalica venne pure esposta, con il corredo di proprie osservazioni nei Manuali del Rossi (5), dell'Assalini (6) e del Riberi, nel Trattato del Regnoli e nelle recenti Lezioni di *Chirurgia operatoria* del Prof. Landi (7). Fra i moder-

---

(1) Istit. chir. Cap. XXVIII § 1802, 1803.

(2) Osservaz. con la quale si dimostra non dover essere troppo corrivi nel proporre l' amputazione di qualche parte del corpo.

(3) *Sografi*, Saggio di riflessioni sopra l' amputazione dei membri.

Flajani, Osservaz. pratiche sopra l' amputazione degli articoli ecc. Roma 1791 (tradotte in tedesco dal Kühn e stampate insieme all' altra dissertazione dello stesso autore su gli Aneurismi a Norimberga nel 1799 col titolo *Med. chir. Beobachtungen).*

Soleri, Osserv. sopra l' amputazione ecc. Genova 1814.

(4) Saggio di osservaz. e di esperienze. Milano 1813 Vol. I p. 1 e 42.

(5) Il Rossi gagliardamente sostenne il principio, allora da parecchi chirurghi combattuto, che amputando le membra « l' on doit toujours en conserver autant que possible, pourvu que le résultat de l' opération soit le même (Elém. de Méd. opérat. II 505) ».

(6) *L' Assalini* amputando si collocava in modo di aver sempre la sinistra mano in libertà per comprimere l' arteria, non volendo affidata ad altri tale compressione. Cotesta pratica, più che utile, è talora necessaria, quando, siccome fra i combattimenti, non si abbiano buoni torcolari, nè capaci aiutanti. Ingegnoso è altresì l' astuccio per le amputazioni che l' Assalini rese tascabile, e nel quale un solo strumento è accomodato a molteplici ufficj.

(7) Bologna 1867.

ni nostri scrittori in quest' argomento, il Dott. Gritti di Milano merita particolare considerazione per l' opuscolo da lui pubblicato nel 1857; nel quale, dopo aver giudicato del valore relativo dell'amputazione del femore nel terzo inferiore e della disarticolazione del ginocchio, indica un nuovo metodo denominato *Amputazione del femore ai condili con lembo patellare* (1). L'amputazione è preferibile alla disarticolazione, dice il Gritti, non solamente perchè si eseguisce con maggiore facilità, ma perchè è operazione meno grave e seguita da minori pericoli: peraltro il moncone, che si ha disarticolando, meglio si adatta ad un apparecchio protesico dell' altro. che si ottiene con l' amputazione. Ma neppure si ha sempre questo vantaggio, giacchè parecchi disarticolati non possono far punto d' appoggio sulla base del moncone, a cagione dei dolori che risveglia la compressione della pelle del lembo applicato su i condili femorali, e talvolta per effetto della cicatrice stessa quando cada nel mezzo de' condili medesimi (2). Laonde il nostro autore, volendo approfittare dei vantaggi che offre la disarticolazione, e schivare i predetti accidenti, si studiò di adattare all' estremità segata del femore un lembo inamovibile, le cui parti molli fossero già abituate alla compressione, e cioè quelle che stanno dinanzi al ginocchio e comprendono la rotella. L' essenziale di questa nuova maniera d' amputazione consiste nel segare i condili del femore, dopo d' aver aperta l' articolazione del ginocchio, nell' allontanare con la sega la cartilagine della rotella e nel mettere le nuove superfici delle due ossa in perfetto contatto, acciocchè abbiano ad aderire fra loro. E però la rotella vien posta sulla superficie di sezione del femore facendola rotare per un quarto di circolo, precisamente come si fa nell' operazione di Pirogoff, fra la tibia e la metà posteriore del calcagno. Con questa maniera d' amputazione si ha il vantaggio di avere il moncone non che solido, anche robusto; giacchè del membro si conserva la più lunga parte che sia possibile, e si conserva pure illeso il muscolo retto anteriore ne' suoi punti d' attacco. In oltre si evitano que' processi che susseguono allo staccarsi delle cartilagini, e che si osservano tanto spesso nelle disarticolazioni; finalmente la perdita

---

(1) Ann. un. di Med. CLXI. p. 5.

(2) Il Rossi dava perciò il precetto, amputando la coscia, di unire le parti molli da un lato all' altro (Elém. de méd. opèrat. II 218).

di sostanza organica non è così grande come nell' amputazione della coscia coi metodi finora usati. Il Dott. Gritti non ebbe opportunità clinica di praticare il suo metodo; il quale invece venne cimentato da parecchi chirurghi stranieri e particolarmente dallo Schuh, dal Middeldorpf, da Wahl ecc.: in Italia soltanto 10 anni dopo la proposta fu esso praticato, e felicemente dal Dott. Giovanni Melchiori di Salò (1). Lo stesso Dott. Melchiori è pur d' avviso che, quando non si possa fare il lembo patellare intiero, si debba conservare la rotella, ed anche una sua porzione aderente al tendine del quadricipite, affine di farla unire con callo al femore sia applicandola, levata la cartilagine, di contro la sua sezione, sia al disopra sulla faccia anteriore. Con ciò non si avrà un moncone regolare, che possa poggiare sul cuscinetto con la sua estremità; ma sarà tale d' aver forza bastevole per portare acconcio sostegno e ben dirigerlo nel passo.

Il Prof. Rizzoli ha pure testè modificato il metodo d' amputazione del Gritti. La sezione del femore ei la fa più in alto con lo scopo di evitare l' inconveniente di avere un lembo troppo corto, quando il moncone notabilmente s' infiammi, ed anche di rimuovere un fomite di vaste suppurazioni, un pericolo di cangrena, qual' è il fondo del sacco della sinoviale, che altrimenti, tagliando più in giù presso ai condili, verrebbe conservato. Inoltre il Rizzoli non crede necessario di resecare l' intera lamina della rotola, parendo a lui che al formarsi delle granulazioni la patella stessa si sarebbe fissata contro l' estremo resecato del femore cui rimaneva in contatto. Ciò infatti avveniva nel giovane, al quale il chirurgo di Bologna a causa di flemmone profondo della gamba, associato ad osteomielite suppurativa di ambedue le ossa, fu obbligato di recidere la coscia nella parte inferiore, formando il lembo rotuliano nel modo predetto (2).

Nondimeno la disarticolazione del ginocchio è stata dal Palamidessi raccomandata di preferenza all' amputazione, siccome già fece il Volpi nel precitato suo Saggio di Osservazioni (3), per la ragione

---

(1) Ann. un. di Med. 1867 CC 368.

(2) Rendic. dell' Accad. delle Scienze di Bologna. Sed. 2 Dic. 1869. — Mem. dell' Accad. sud. T. IX Serie II.

(3) p. 96.

che, oltre la miglior forma del moncone, con la prima operazione si ha meno vasta ferita ed il taglio cade più distante dal tronco (1). Ma è pur da riflettere che nella disarticolazione del ginocchio quasi tutto il maggior sacco sinoviale del nostro corpo resta aperto, il quale frequentemente produce profusa suppurazione con tutti i cattivi esiti di essa, grande essendo nelle sierose la tendenza a suppurare.

La disarticolazione della coscia dal cotile fu parecchie volte praticata dai nostri chirurghi, e prima di tutti, a quel che pare, dal Baroni nell' ospedale di Bologna. Nella quale città altre cinque volte dal 1831 al 1863 la stessa operazione venne ripetuta; e pur sempre infelicemente, la grave operazione essendo stata impresa in condizioni disperatissime: nulladimeno in due casi i pazienti perirono per cagioni affatto estrinseche all' atto operatorio suggerito da vasta carie del femore (2). Moriva altresì l' uomo del Dott. Peruzzi in Sinigaglia nel 1862; ma trattavasi di vasta cangrena alla coscia sinistra consecutiva a frattura complicata dell' osso (3): l' infermo operato dal Dott. Muzzioli di Modena a cagione della carie, soccombeva il 34° giorno, la ferita essendo quasi completamente cicatrizzata (4). Più fortunato il Restelli nel 1848 praticò con buon esito la disarticolazione coxofemorale in un militare due giorni dopo che per colpo di scaglia ebbe rotto il collo e capo del femore: dopo 2 mesi la vasta piaga era perfettamente rimarginata (5). Guariva pure il giovinetto a cui il Dott. Testa nel 1858 avea tratto fuori dal cotile la coscia destra rosa da vasto osteosarcoma: il chirurgo napoletano per ischivare il peri-

---

(1) Lo Sperimentale 1867 XX 289. — La disarticolazione della gamba fu pure sostenuta, di preferenza all' amputazione, dal Dott. *Notarianni* (Rendic. dell' Accad. med. chir. di Napoli 1853 VII 71). — Una storia di disarticolazione del ginocchio pubblicava alquanti anni fa il Dott. *Ciniselli*; ed essa oltre che ebbe buon fine, va notata per le pratiche avvertenze che contiene (Giorn. delle Scien. med. di Pavia An. II — Ann. un. di Med. 1844 CX 293).

(2) *Rizzoli*, Casi di disarticolazione coxofemorale eseguiti in Bologna dal 1831 in poi (Bullet. delle Scien. med. 1863 XX 296).

(3) Bullet. cit. p. 470.

(4) Mem. dell' Accad. delle Scienze di Modena 1858 I P. III p. XXIII. — L' operazione fu fatta nel Dicembre 1842.

(5) Note ed osservazioni cliniche di Chirurgia militare (Ann. un. di Med. 1849 CXXX 225). Il *Restelli* fece un' altra volta, nel 1863, la disarticolazione del femore cariato nel gran trocantere: l' operato moriva dopo 26 giorni per febbre con *eruzione miliarica* sopraggiunta in 19ª giornata. (Giorn. Med. milit. 1863 p. 837).

colo di letale emorragia, legò preventivamente l' arteria crurale; la guarigione avvenne anche questa volta a capo di 2 mesi (1). Ricordiamo altresì il fatto, di cui è cenno negli Elementi di Chirurgia operativa del Rossi, e cioè di cangrena consecutiva a febbre nosocomiale, che lasciò nudo e disarticolato il femore destro: *le malade est guéri ayant perdu ce membre* (2). Guarì similmente l' altro uomo, a cui, secondo che narra il Dott. Antonio Gobbi, staccossi l' antibraccio per colpa di cangrena secca sopravvenuta nel declinare di grave cholera (3).

Ed è appunto in questi casi di amputazioni e di disarticolazioni delle maggiori membra, che noi vediamo la meravigliosa tolleranza del corpo nostro nel sopportare le più gravi offese e le maggiori mutilazioni; la squisita attitudine dell' economia ad accomodarsi alle nuove ed informi condizioni organiche; vediamo eziandio la potenza di riparare le parti perdute. Così è che guariva il giovane, a cui il Bresciani de Borsa tagliava ad un tempo amendue le gambe sotto il ginocchio divenute per freddo tutte cangrenose, benchè tale stato s' abbia generalmente per contrindicante l' amputazione (4): guariva l' altro che, per esser caduto sotto le ruote d' un carro, ebbe dal Rizzoli amputata una gamba, e disarticolato l' altro piede (5). Lo stesso fu del ferito al quale il Dott. Tenderini di Carrara dovè spiccare non che le due gambe, il braccio destro (6). Ad un giovinetto arabo, miseramente dilacerato dallo scoppio di arma da fuoco, il Dott. Gaetani Bey, protomedico del Vicerè d' Egitto, svelse l' omero dalla spalla, asportò l' omoplata, risegò porzione della clavicola e recise un testicolo: nondimeno dopo due mesi la guarigione era perfetta (7). Vent' anni fa queste grandi mutilazioni erano applaudite

---

(1) Gaz. med. Prov. venete 1862 p. 76. — Filiatre Sebezio 1869 LXXVI 313. — Archivio di Chir. prat. 1869 VI 326. Il Dott. Ferdinando Moroni nel Febbraio di quest' anno (1870) disarticolava la coscia sinistra, guasta da osteosarcoma, ad una ragazza di 17 anni: la guarigione era presso che compiuta due mesi dopo (Giorn. Veneto Scien. med. 1870 XII 596).

(2) Elém. de Médec. opérat. II 224. Lo stesso Prof. *Rossi* disarticolava il piede per cagione di carie del tarso, recidendo le parti molli mediante due fili che dall' innanzi all' indietro passavano nel centro dell' articolazione, e si annodavano su l' uno e l' altro lato (Ivi p. 229).

(3) Memoriale della Medic. contemp. 1845 XV 353.

(4) Saggio di Chirurg. Verona 1843 p. 423.

(5) Bullet. delle Scien. med. 1866 I 34.

(6) Giorn. dell' Accad. med. chir. di Torino 1861 XL 193.

(7) Ann. un. di Med. 1841 XCVIII 5.

come massima prova di valore chirurgico; oggi invece si accettano soltanto come provvedimenti di necessità, augurando al chirurgo occasione più propizia per dimostrare la sua maestria.

La disarticolazione dell' omero, con asportazione di porzione della scapola, fu per la prima volta praticata in Italia dal Dott. Asiari nel 1830, adoprando il primo dei due metodi proposti dal Dupuytren (1). Il Prof. Rizzoli portava un' utile modificazione al processo del Lisfranc per disarticolare l' omero dalla scapola: anzichè infiggere il coltello interosseo nel triangolo designato dal chirurgo francese, egli l' infigge al disotto dell' acromio fra questo e la testa dell omero, spingendolo fino alla coracoide, dove arrivato trafora le carni e (facendo scorrere il coltello stesso lungo la testa dell' omero e la parte esterna del braccio) forma col deltoide un largo lembo convesso nell' estremità. Con ciò si evita che la tensione dei muscoli e dei legamenti, o l' ingrossamento della testa dell' omero, costringano a ritirare il coltello impedito da tali cagioni di penetrare nell' articolazione. Questo processo differisce poi da quello dal Dupuytren non solamente perchè più profondamente è condotto il taglio che forma il lembo deltoideo; ma altresì perchè comprende un secondo lembo inferiore, che nasce conducendo il taglio della faccia interna del capo articolare dell' omero, già lussato all' infuori, sulle parti molli sottostanti (2). Notevole eziandio è il caso narrato dal Dott. Siccardi tanto per le molteplici offese, quanto per il modo adoperato dal predetto Prof. Rizzoli per rimediarvi e per l' esito fortunato. Trattavasi di frattura in più pezzi dell' omero sinistro, di frattura comminutiva delle ossa dell' antibraccio del medesimo lato, le parti molli, specialmente intorno all' articolazione brachio-omerale, essendo grandemente lacerate; per giunta eravi frattura doppia del femore sinistro. La speranza di poter ottenere il consolidamento della frattura, sebbene grave, dell' omero, e il desiderio di conservare intera questa parte, affinchè l' infermo potesse averne que' compensi che il Rizzoli aveva già molt' anni prima fatto notare in casi consimili (3), e di cui oggi soltanto non pochi illustri chirurghi mostransi convinti, fecero decidere invece per la disarti-

(1) Della disarticolazione dell' omero. Padova 1830.

(2) Bullet. Scien. med. 1854 II 241.

(3) Bullet. Scien. med. 1839 VIII 234.

colazione dell' antibraccio dall' omero, ricorrendo peraltro ad un nuovo processo a lembo, il solo che nel caso presente fosse permesso. Giovossi cioè dei tessuti che stanno alla parte esterna del braccio, che non aveano sofferto offesa, e coi medesimi formò un lembo elissoide, che si modellava perfettamente sulla superficie articolare dell' omero: la piaga cicatrizzò perfettamente e così pure le fratture si consolidarono (1).

Delle amputazioni nei casi di *necrosi invaginata* si è occupato testè il Dott. Ciniselli di Cremona. Ben di rado avvi cotesta necessità: nulladimeno, quando non accada l' eliminazione spontanea, quando non si riesca ad estrarre la parte necrosata e la suppurazione sia troppo copiosa con pericolo d' infezione purulenta; in tal caso, dice il Ciniselli, *purchè siasi conservata sana l' articolazione superiore*, non devesi seguire la regola generale di amputare sul sano e sempre al disopra della parte malata nelle malattie delle ossa; bensì devesi conservare il lavoro di riparazione già compiutosi nella guaina del sequestro, od appena al disopra dell' articolazione malata, estraendo poscia l' osso necrosato dalla guaina ossea sequestrante. In breve la pratica di conservare il lavoro di riparazione, che è seguita rispetto ai monconi, devesi pure seguire riguardo alla scelta del luogo ove praticare l' amputazione, quando questa sia primitivamente voluta dalla necrosi invaginata. Tale regola fu osservata con buonissimo effetto dall' autore in un caso di cui porge la storia (2).

Il consiglio del Ciniselli si collega all' altro del prof. Rizzoli di preferire, allorquando per violenta lesione sia tutta guasta la tessitura di un membro, l' amputazione sulle parti disorganizzate a poca distanza dalle sane, piuttosto che aggiungere nuovi pericoli eseguendo un' amputazione metodica sovra tessuti illesi: il quale precetto, già dal Rossi inculcato (3), in particolar modo può trovare utilissima applicazione sul campo di battaglia, dove manca il soccorso degli assistenti ed il tempo necessario per compiere un' amputazione secondo le regole de' maestri; mentre che nell' altra amputazione che si propone di fare sulle parti stesse disorganizzate, basta il più delle volte al chirurgo l' aiuto di qualche persona coraggiosa per eseguirla felicemente,

---

(1) Bullet. Scien. med. 1863 XIX 173.

(2) Gaz. med. Lombardia A. 1868. — Delle amputazioni nei casi d' necrosi invaginata.

(3) Elém. de Médec. opérat. II 192, 193.

giacchè essa può farsi con pochi tagli, e per solito con iscarso, ed anche senz' alcuno spandimento di sangue: la qual cosa il Rizzoli ebbe più volte occasione di osservare (1). Aggiungasi che il Rizzoli, allontanandosi dal dogmatismo scolastico, non si astiene dall' amputare anche quando la cangrena consecutiva a ferite o ad altre gravi violenze non siasi fermata, purchè il grado delle forze e la qualità della complessione dell' infermo lo consentano; e così egli fa avendo veduto che i malati sempre soccombono avanti che la cangrena stessa rimetta d' intensità e cessi dal progredire (2).

Più sopra abbiamo detto come il Dott. Gritti studiasse di formare, amputando la coscia, un moncone che potesse comodamente poggiare sovra un' apparecchio protesico: egualmente il Dott. Borelli affine di torre che i margini angolosi delle ossa segate della gamba protuberino disotto la pelle, immaginò una nuova maniera di amputazione, mediante la quale è fatta una doppia segatura obliqua della tibia, ed il peroneo è tagliato più alto di questa: per tal modo formasi un cono osseo la cui punta volgendo affatto in dietro resta presso che infitta nei tessuti della parte posteriore del lembo grosso e carnoso. Ma necessariamente quest' operazione dev' essere lunga; perciocchè, fatta la prima segatura obliqua, vanno staccate le parti molli della superficie anteriore della tibia con un' incisione semicircolare del periostio (3). Il Dott. Giambattista Bellini, con la mira di torre le protuberanze ossee, che spesso restano a nudo dopo le grandi amputazioni, avea proposto, sono ormai vent' anni, di segare il cilindro osseo di dentro in fuori per mezzo di una specie di sega circolare formata di due mezze rotelle d'acciajo dentate nella periferia e ciascuna munita

---

(1) Bullet. Scien. med. 1866 I 37.

(2) Bullet. Scien. med. 1852 II 241. — Il prof. Antonio Marcacci, dopo aver posto la quistione come e quanto l' enfisema cancrenoso delle parti non ancora mortificate possa controindicare l' amputazione; conchiude che la pratica dell' amputare, anche nel caso di processo cancrenoso precorso dall' enfisema, è fondata sopra giusti principj, salvo che lo stato generale dell' infermo e le condizioni igieniche del luogo non vi si oppongano apertamente (Gaz. med. Toscana 1857 II n°. 51).

(3) Nuovo metodo di amputazione della gamba per ottenere una protesi comoda e sicura (*Borelli*, Raccolta di Osserv. clin. patol. Torino 1867 II 195). — Anche l' Assalini per impedire l' angoloso sporgimento dell' osso nell' amputazione specialmente della tibia e del femore, segava, per 4 linee circa, obliquamente l' osso, quindi pel restante a perpendicolo (*Assalini*, Descrizione ed uso de' nuovi strumenti chirurgici. Palermo 1824).

d' un manico, che s' introduce nel canale dell' osso, levandone prima con una spatola il midollo (1). Ma, se ingegnoso è lo strumento, non attuabile è il processo; giacchè brigoso e lungo, per non dire di altri inconvenienti, fra' quali, quello di aver d'uopo di ordigni di diversa misura perchè si possano adattare alla variabile larghezza del canale midollare delle ossa lunghe. Nondimeno l' operazione del Bellini va ricordata come avviamento a quella specie di resezioni, che oggi diciamo *sgusciamento* delle ossa.

I nostri chirurghi per altro non pensarono soltanto come meglio mozzare le membra; chè anzi furono diligenti nel ricercare que' mezzi di protesi, che più acconciamente potessero supplire al difetto delle membra, che per isciagura non poterono essere conservate. Ricordiamo quindi il *piede artificiale* descritto dal Coletti (2), le *gambe artificiali* proposte dal Maestri di Pavia (3), dal Golinelli e dal Testi di Bologna (4), dal Grassi di Napoli (5), dal Pistono di Torino (6) e particolarmente il semplice e poco costoso apparecchio per gli amputati della gamba sopra i malleoli raccomandato dal Baroni. Il quale apparecchio è un cono di legno tutto cavo, internamente imbottito per contenervi il moncone diritto, che in basso finisce a modo di bastone e superiormente si allaccia intorno alla coscia (7). L' esperienza ha mostrato l' utilità di questo sostegno: nelle *Lectures on the progress of Anatomy and Sur-*

(1) Nuovo metodo per le amputazioni a doppia resezione dell' osso ecc. (Raccoglit. med. di Fano A. 1841 T. XII).

(2) *Brera*, Giorn. di Medic. A. 1815 VIII 261.

(3) De cruris amputationis ad inferiorem potius quam ad superiorem partem peractae praestantia. Ticini 1832. Diss. inaug.

(4) Nuovi Annali delle Scienze Naturali di Bologna 1841 T. V. — Atti dell' Accad. dei Nuovi Lincei 1854 VII 147.

(5) Rendic. dell' Accad. med. chir. di Napoli 1848 II 9.

(6) Gaz. dell' Associaz. med. A. 1860.

(7) Rend. dell' Accad. delle Scienze di Bologna: seduta del 24 Maggio 1843. — Bullet. Scien. med. 1844 V 180. Il Baroni proponeva appunto questo meccanismo, affinchè dei vantaggi dell' amputazione al terzo inferiore, anzi che nel luogo d' elezione, fruissero eziandio coloro che, oltre la sventura d' aver perduto un membro e la necessità di dover pur attendere a lavori faticosi, non avessero facoltà od agio di provvedersi di buone gambe artifiziali. Egli poi aggiungeva nuovi fatti per confermare le cose dette dal Salemi (Sur les inconvénients de l' amputation de la jambe pratiquée au dessous du genou, comparés à ceux de la même amputation pratiquée au dessus des malléoles. Paris 1829), dal Velpeau e da altri.

gery during the present century del Fergusson, noi lo troviamo fra i modelli delle migliori gambe artificiali (1). Il Prof. Rosso di Genova propose per *gamba del povero amputato* uno stivale di grosso cuojo articolato ad un piede di legno; ma l' aggiunta di cotesto piede non è che inutile peso al gambale, ed inciampo al camminare (2). Ingegnosamente il meccanico Masera combinava il comune cosciale con la stampella, articolandoli insieme sul luogo corrispondente alla cavità cotiloide; di guisa che il peso del corpo, allorquando il moncone della coscia non tolleri veruna pressione, venga sopportato dalla natica e dall' ascella, nè perciò siano impediti i movimenti necessarj per chinarsi e per assidersi (3). Altra ingegnosa macchina, per riparare alla perdita della mano, costruiva nel secolo scorso un artista di Milano, Lorenzo Mazzoni: veggasene la descrizione e la figura nell' *Estratto della Letteratura Europea per l' anno* 1766 (4); ma essa avea il difetto, come tant' altri simili meccanismi, di essere troppo pesante.

Recentemente il Prof. Panzetta di Napoli, volendo provvedere ad un povero militare, a cui sgraziatamente fu necessario amputare ambedue gli antibracci, molto si è occupato della costruzione delle mani artificiali; ed il meccanismo da lui immaginato merita considerazione, perciocchè, oltre potersi compiere per suo mezzo qualsiasi movimento con la maggiore sveltezza, anche si giunge, così è detto, a scrivere, od almeno ad apporre la propria firma (5). Una specie di coturno o stivale fece altresì l' Ercole Lelli di Bologna, celebre scultore anatomico in cera, per un amputato dal Tacconi, il quale anche è descritto e figurato nell' opuscolo *De nonnullis cranii, ossiumque fracturis ecc.* del medesimo Tacconi. Similmente il Dott. Alberghetti d' Imola immaginava una gamba articolata nel ginocchio e nel piede, e la descriveva nella dissertazione, *de naturali quarumdum corporis humani partium ἀναισθησία nec non irritabilitate,* dedicata al celebre Haller (Venet. 1770).

(1) London 1867 p. 150.

(2) Il Progresso 1865. II 297, 428 — Presso a poco gli stessi difetti avea la gamba, o piuttosto piede artificiale, proposta dal Dott. Giovanni Salemi nella predetta dissertazione francese « Sur les inconvénients de l' amputation de la jambe.

(3) Giorn. delle Scien. med. Torino 1843. XVII 175.

(4) I 183.

(5) Trattato di operaz. chir. Napoli 1864 I. 405.

(*Capo* 50.°)

RESEZIONI – PROSPETTO DELLE PRINCIPALI RESEZIONI DELLE OSSA MASCELLARI FATTE IN ITALIA FINO AL 1840.

La chirurgia moderna proponendosi di evitare il più che sia possibile le amputazioni, necessariamente ha dovuto estendere il campo delle resezioni; le quali mentre tolgon porzione od il tutto di un osso o di più ossa ancora, conservano le parti molli e particolarmente i vasi ed i nervi, acciocchè quanto resta o si riproduce possa esser membro utile e servizievole.

Le resezioni non sono soltanto il perfezionamento dell'arte, nei suoi atti operativi, ma eziandio il frutto de' progressi della fisiologia sperimentale. Noi italiani ci dobbiamo rallegrare di avere grandemente contribuito tanto nella parte scientifica, quanto nella pratica di queste importantissime operazioni, che qualificano la chirurgia moderna e ne sono efficace strumento. Perchè alle resezioni fosse dato fondamento scientifico occorreva che si sapesse come le ossa rotte si consolidano, come le porzioni levate via si rifacciano; occorrevano quindi esperimenti, indagini anatomiche, osservazioni cliniche: studj e ricerche che fin dal secolo scorso furono dai nostri chirurghi ed anatomici, particolarmente dal Troja e dallo Scarpa, impresi; continuati poscia e perfezionati nel presente; siccome avemmo opportunità di mostrare discorrendo de' modi con cui si forma il callo nelle ossa rotte. Là pure ricordammo che il Palletta vide rigenerarsi, quantunque il periostio fosse distrutto, la tibia per cinque pollici; un caso consimile vide il Dott. Flecchia ed in questo la rigenerazione fu più stupenda ancora, giacchè il nuovo osso lungo 6 pollici avea solidità e forma sì uguale al naturale, che il membro quasi per niente rimase accorciato (1). Parecchi esempj di riproduzione delle ossa raccolsero

---

(1) Ann. un di Med. 1821 XVII 172.

il Baccelli (1) ed il Flajani (2): questi nell' esporli inclinava a credere che dal periostio si deponesse l' umore capace d' indurirsi e formare indi la nuova sostanza ossea. Di questo modo di ossificazione, secondo le dottrine del Troja, discorreva eziandio lo Zuccagni leggendo all' Accademia de' Fisiocritici di Siena la storia d'un vasto osteosarcoma del femore, sostenendo altresì contro il Caldani, che i tendini possono ossificarsi; possibilitá oggi messa fuori di dubbio poichè l'istologia ha trovato anche ne' tendini gli elementi osteoplastici (3). Vincenzo Malacarne estrasse, ajutandosi con la trapanazione per essere assai grossa la vagina ossea che lo conteneva, un pezzo di tibia necrosato lungo 3 pollici: dopo appena un mese il ragazzo era guarito (4). La riparazione della tibia fu veduta da Bernardino Moscati, secondo che riferisce lo Spallanzani negli Opuscoli di Fisica animale (5), ed il Baronio, il noto scrittore sugl' innesti animali, avvisa di aver veduto riprodursi in una donna non solamente l' intiera tibia, ma anche la fibula (6). Narra il Penada, ed il suo racconto risale al 1780, di un tale che, dopo aver sofferto pertinace ptialismo mercuriale, potè da sè medesimo e senza dolore trarsi fuori dalla bocca quasi tutta la mascella inferiore co' denti, che ancora vi stavano piantati (7). Similmente il Dott. Gambini vide il prof. Cairoli estrarre senza molta fatica tutta la parte anteriore della stessa mascella in una donna, che

(1) Riproduzione di porzione dello sterno, non che della clavicola in un uomo di 60 anni. In: *Flajani Aless.*, Giorn. med. chir. di Roma I 457.

(2) Sopra la rigenerazione di due terzi della tibia in un ragazzo di tre anni. — Sopra una nuova riproduzione della metà dell' ulna. — Sopra la riproduzione di quasi tutta la metà sinistra della mandibola inferiore. — Sopra la riproduzione d' un pezzo di tibia della lunghezza di 5 poll. — Riproduzione dell' osso zigoma nella gota sinistra (Osserv. XIII — XVII. In: Collez. d' Osserv. II 85).

(3) Atti dell' Accad. de' Fisiocritici 1808 IX 89.

(4) Auctarium observationum et iconum ecc. Patavii 1801 p. 185. — La trapanazione della tibia per separarne il sequestro necrosato fu già praticata felicemente da Angiolo Nannoni, secondo che avvisa il Betti (Note all' Istoria delle principali operazioni dello Sprengel I 51); ed egualmente il Dott. Sante Ricchi, discepolo del secondo dei Nannoni, usava del trapano per trar fuori il radio *incassato da sostanza ossea, riprodotto in supplimento di quella diventata estranea* (Lettera contenente la osservazione su l'esofagotomia ecc. Assisi 1797 p. 87).

(5) Opusc. IV Sez. II *Spallanzani*, Opere. Milano 1826 VI 551.

(6) Opuscoli. Milano s. a. Prefaz. p. XXVIII.

(7) Nuovi Saggi dell' Accad. di Padova Vol. II.

pativa inveterata affezione scorbutica (1): nulladimeno ne' due pazienti, e soprattutto nel secondo, si rifece la sostanza ossea perduta. Lorenzo Nannoni estrasse mezza mascella necrosata, e ad essa seguì sì perfetta riparazione, che anche col nuovo condilo tutti i naturali movimenti della parte si compievano (2). Nella fanciulla poi, di cui narra la storia il Prof, Palma, tutta quanta la mandibola in più tempi staccossi dall' uno all' altro condilo; ma non per ciò fu impedito che ogni cosa egregiamente si riproducesse secondo natura, onde che nè le funzioni rimasero offese, nè deforme l' aspetto (3). Importante eziandio è il caso di perfetta riproduzione ossea osservata nel 1831 da Michele Medici in una pecora, a cui era stata tolta tre anni prima un pezzo della prima costa spuria, lungo circa 4 cent., *unitamente al periostio* serbando illesa la pleura. Il qual fatto il fisiologo bolognese raccomandava all' attenzione de' chirurghi, perchè appunto mostrava come possa aversi completa riproduzione degli organi ossei sì nella materia, come nella forma (4).

Tralascio di notare esempj recenti, giacchè non potrebbero essere che conferma della potenza riparatrice delle forze naturali, cosa d' altronde per tanti modi dimostrata; laddove che que' più antichi servivano eziandio ad eccitare i chirurghi nell' imprendere operazioni allora, se non nuove, certamente pochissimo usate.

Di fatti le resezioni del corpo delle ossa e particolarmente delle teste articolari, quantunque fin dai tempi di Galeno fossero praticate, soltanto negli ultimi anni del passato secolo presero posto fra le operazioni regolari della chirurgia. Anzi può dirsi che ciò non avvenisse che ne' primi decennj dell' attuale; conciossiachè la proposta dal Park fatta nel 1783 di curare generalmente le malattie croniche articolari portando via i capi viziati delle ossa, venne poco favorevolmente accolta. Nè miglior accoglimento ebbe dall' Accademia di Chirurgia il Moreau, che tosto dopo esponeva modestamente molti fatti per mostrare che tale pratica poteva veramente estendersi a metodo generale. Anzi la resezione del ginocchio, che il chirurgo di Liverpool metteva innanzi come fondamento della sua proposizione

---

(1) Ann. un. di Med. 1827 XLI 470.

(2) Trat. di Mat. chir. Pisa 1793 I 343. — Della rigenerazione delle parti similari A. 1782.

(3) Annali clinici dell' Osped. degl' Incurabili. Napoli 1834 I. 43.

(4) De mira quadam costae reproductione (Novi Comment. Instituti Bonon. II. 825).

generale, fu stimata atto *temerario e forse mai adottabile*: e per vero dal racconto dello stesso Park quella appariva operazione lunga e penosa, nè l' infermo guarì se non dopo aver corso molti pericoli. A cotesto giudizio del Lassus, che traduceva in francese l' opuscolo di Park, accostavasi il nostro Monteggia ed il Boyer, onde che le grandi resezioni articolari, quantunque il Roux ne fosse patrocinatore, ebbero allora in Francia ed in Italia poca voga: presso che dismesse per le membra inferiori, venivano adoperate per le superiori, nelle quali l' esperienza le avea già mostrate più utili e meno pericolose. Le resezioni invece della diafisi o corpo delle ossa mettevano stabile piede porgendo occasione a nuovi ed ardimentosi operamenti.

Il Prof. Rossi di Torino resecava la porzione superiore dell' omero cariata: l' uomo guariva rimanendo il braccio 6 dita trasverse più corto dell' altro, ma abbastanza gagliardo per muovere discretamente l' antibraccio (1).

Il Dott. Cittadini d' Arezzo fin dal 1813, e però 5 anni prima del Richerand, ad una donna resecava porzione di costola e trapanava lo sterno perchè guasti dalla carie (2); ripetendo poscia, incoraggiato dal buon frutto della prima, altre quattro volte quest' operazione, e sempre felicemente (3). Il Regnoli nel 1822 amputava in una donna la parte anteriore del mento per epulide cancerosa, o per meglio dire segava l' osso trasversalmente allo stesso piano dei canali mascellari, di sorta che quello fu sbassato sì, ma non rotto (4). Due buoni terzi di una costola offesa dalla carie erano pur allora asportati dal Dott. Gian Lodovico Fabri, senza guastare la pleura, susseguendone perfetta guarigione (5). Ma, prima d'ogn' altro e dello stesso

---

(1) Elém. de méd. opérat. Turin 1806 II 232.

(2) Observat. sur une résection des côtes et du sternum, et sur une excision de la plèvre (Journ. complém. VII 314). — Quest' osservazione fu letta dal Cittadini all' Accademia d' Arezzo detta del *Petrarca* nella seduta pubblica del 31 Gennaio 1813. (*Cittadini*, Nuovi processi operatori. Arezzo 1841 p. 37).

(3) Ann. un. di Med. 1826 XXXVII 404.

(4) Estirpazione d' un' epulide cancerosa accompagnata da osteosarcoma della mascella inferiore (Giorn. Arcadico di Roma 1822 XV 261).

(5) Repert. med. chir. di Perugia A. 1825 IV 351. — L' autore dice di aver trovato, rivedendo l' operato alquanto tempo dopo, riprodotta la costola, sebbene quegli fosse già sui cinquant' anni.

chirurgo aretino, il Dott. Giambattista Geremè Santarelli eseguì il risegamento delle costole estirpando nel 1806 un fungo canceroso largo 6 poll., che un frate cappuccino teneva sul costato destro. Giova riferire le parole stesse dell'autore, giacchè l' opuscolo in cui il fatto è esposto è assai raro, e da nessuno venne ricordato. « Cominciai dall' estirpare tutta l' esterna fungosità fino alla scopertura di quattro coste. Veduta poscia che il carcinoma interessava li muscoli intercostali, mi feci un dovere di diligentemente abolirli fino al denudamento della pleura ; ed in alcuni punti trovatasi questa pure intaccata fu recisa, restando così aperta la cavità del torace. Ciò fatto credetti opportuno di consumare col ferro rovente quel poco di sostanza muscolare e di viziato periostio, che poteva esser rimasto, onde sopprimere con tal mezzo la cancerosa sorgente locale ». Dopo due mesi l' operato era guarito, nè il male nei quattr' anni in cui sopravvisse il frate diè segno di recidiva (1): Andrea Vaccà, maestro del Regnoli, due anni dopo di costui, cioè nel 1824, risegava propriamente metà della mascella inferiore, troncandola per intero sul dente incisivo laterale e presso l' angolo della medesima (2). Poco appresso il medesimo Regnoli estirpava le intere arcate alveolari staccandole a colpi di scalpello all' altezza di due dita trasverse dalla mascella superiore ed inferiore in una povera contadina afflitta da osteosarcoma : operazione, come dice quegli stesso che la faceva, *ardita e spaventevole*, nè da altri mai per lo innanzi praticata (3). Il giovane chirurgo di Forlì sorprendeva, scrive il suo lodatore, i chirurghi italiani non assueti a simiglianti operazioni; nelle quali egli esercitò la mano ripetutamente, e bene spesso il più fortunato evento seguitò coteste ardite imprese, tra le quali ve n' ha di quelle dove la mole del morbo, e la difficoltà dell' opera, e il modo del compierla appariscono veramente meravigliose e sosprendenti (4). Così è che nel 1831 ad una giovane per osteosarcoma degli ossi mascellari superiori portava via l' arcata alveolare con sei

---

(1) Saggio d' alcuni casi chirurgici. Forlì 1819 p. 33.

(2) Mem. sulla resezione della metà della mascella inferiore. Pisa 1825. — Su d' una resezione parziale della mascella inferiore eseguita dal Prof. Vaccà, Lettera del Dott. Ranieri Cartoni (Nuovo Giorn. dei Letterati di Pisa 1825 X 105).

(3) Sulla estirpazione delle intere arcate alveolari ecc. Pesaro 1825.

(4) *Marcacci Antonio*, Elogio del Cav. Prof. Giorgio Regnoli (Lo Sperimentale 1859 IV).

denti, quasi tutta la parete olfattiva dell' osso mascellare, il margine inferiore dell'apertura anteriore delle narici e la metà dell' apofisi palatina di ambedue le mascelle (1); ed altra volta (nel 1833) estirpava la maggior parte del palato osseo, del setto delle narici, e porzione delle apofisi alveolari degli ossi mascellari superiori (2). Con queste operazioni voleva il Regnoli mostrare, acceso com' era dal desiderio di ripetere quanto nelle cliniche di Parigi avea veduto fare, *fino a qual punto può essere innocuamente portato il ferro chirurgico.* D' altronde la chirurgia era allora in tutto il fervore dell' azione; poco o niente stimando i comuni espedienti terapeutici, solamente nell' opera della mano avea fiducia.

Ma sventuratamente il frutto, che questa arrecava, veniva talvolta disperso dalla recidiva; le affezioni contro cui que' coraggiosi imprendimenti erano rivolti, assai spesso essendo cancerose. Nulladimeno, avverte il predetto prof. Marcacci, alcuni degli operati del Regnoli furon sani lungo tempo dopo l' operazione: ad ogni modo egli donò il più delle volte a' suoi infermi una considerevole posa, lo che non è certamente poco stimabile benefizio.

Aperta la nuova via, i nostri chirurghi animosi vi entrarono non senza prò della scienza e dell' arte. Giuseppe Giorgi nel 1826 estirpò voluminosa esostosi dal seno mascellare, penetrando in esso dall' arcata alveolare, e schivando qualsiasi taglio esterno (3). L' anno dopo il Barbantini di Lucca amputava metà della mascella inferiore (4); e lo stesso facevano il Malagodi (5) ed il Baravelli (6) in Bologna nel 1828 e 1829. Il Malagodi poi ripeteva la stessa operazione in

(1) Sull' estirpazione di un osteosarcoma degli ossi mascellari superiori. Pisa 1831.

(2) Nuovo Giorn. dei Letterati di Pisa 1833 XXVI 80. — Ecco la nota delle altre operazioni consimili fatte dal Regnoli:

Dell' amputazione di una porzione di mascella inferiore. Pesaro 1826. — Mem. intorno l' asportazione dell' osso mascellare superiore destro per osteosarcoma in un uomo di 81 anni (N. Giorn. dei Letter. di Pisa 1829 XVIII 199). — Sull' estirpazione della quasi totalità dell' osso mascellare superiore sinistro per osteosarcoma (Ivi 1832 XXIV 225). — Intorno l' amputazione di quasi la totalità della mascella inferiore Pisa 1834. — Estirpazione di considerevole parte della mascella inferiore (Ivi XXXI 81).

(3) Storia di un voluminoso esostosi della parete del seno mascellare sinistro. Imola 1826.

(4) Lettera intorno ad alcuni argomenti di clinica chirurgica. Lucca 1827.

(5) Opusc. della Soc. med. chir. di Bologna 1828 VI 121.

(6) Raccoglit. med. di Bologna. A. 1829.

Fano nel 1833 per cagione di epulide formatasi nel cavo midollare della mandibola (1). Con grande alacrità il **Baroni** si volse a questo ramo di pratica chirurgica, e il più delle volte con buona fortuna: le prime resezioni furon da lui fatte nel 1831 e 1832 sul mascellare inferiore (2). Accennammo già, parlando dell' anchilosi della mandibola, come di quest' osso egli amputasse non piccola parte ed anche lo disarticolasse da un lato avendone trovato carioso il ramo ascendente (3): questa medesima operazione ebb' egli occasione di rifare 10 anni dopo in altro soggetto minacciato di morte da grosso tumore fungoso cresciuto dentro la bocca (4). In Roma nel 1836, dopo aver ad una donna segato la mandibola inferiore e provveduto alla corrosione di ulcera cancerosa con la cheiloplastica, estirpava ad un uomo l' intero osso mascellare superiore destro straordinariamente ingrossato per maligno tumore, traendo via con esso parte dell' osso malare destro e del mascellare superiore, il palatino ed il turbinato inferiore dello stesso lato: l' operazione fu lunga e spaventevole, scriveva il Dott. **Feliciani**, ma l' esito felicissimo, rimanendo nel volto deformità assai minore che non si stimasse (5). L' esempio de' chirurghi toscani e bolognesi fu seguito nel rimanente d' Italia, e principalmente dal clinico di Padova, il **Signoroni**; il quale queste operazioni recava appunto innanzi come prova della potenza del chirurgo a debellare morbi maligni e devastatori. Noi qui, non potendo di ciascuna discorrere partitamente, ricorderemo per ordine di tempo

---

(1) Sull' amputazione della mascella inferiore. Mem. II Fano 1833. — Bullet. delle Scien. med. Bologna 1833 VII 278. — *Malagodi*, Della resezione dell' ulna. Pesaro 1834.

(2) Novi Comment. Instit. Bonon. III 435. — Bullet. delle Scien. med. 1833 VII 267.

(3) Bullet. delle Scien. med. 1833 VIII 200.

(4) Raccoglit. med. di Fano 1842 X 19.

(5) *Feliciani*, Operaz. fatte in Roma dal Prof. P. Baroni. Roma 1837. — Bullet. delle Scien. med. 1837 III 426, IV 238. — Resecò pure lo sterno, le costole, la scapola, l' articolazione omero-cubitale, il radio ed il tarso come può vedersi nella dissertazione. « *Cenni sopra alcune reseccazioni di ossa,* » del medesimo Baroni, che sta nel Rendiconto dell' Accad. delle Scien. di Bologna 1840-41 p. 155.

oltre le summentovate, le principali resezioni delle ossa mascellari che furono fatte sino al 1840 in Italia; cioè fino a quando l'operazione ebbe tra noi carattere di novità (1).

---

(1) Il Vanzetti, in quel tempo Professore di clinica chirurgica a Kharcoff in Russia, risegava nel 1839 tutto il corpo del mascellare inferiore, enormemente ingrossato da tumore osseo, e molta parte del mascellare superiore sinistro e dello zigomatico invasi da cisti osseo-fibrosa (Annales de Chirurgie A. 1844 T. XI. — Bulletins de la Societé anatomique de Paris 1844 p. 25, 34). Altre resezioni delle ossa della faccia furono dal medesimo autore posteriormente fatte ed esposte negli *Annales scholae clinicae chirurgicae* dell'Università predetta (Charcoviae 1846): la storia intitolata « Os maxillare superius sinistrum et jugale in tumorem melanoticum degenerata » merita speciale ricordo, sì per la mole del tumore, come per la grande mutilazione ch'esso impose, e per il buon termine che nondimeno ne seguì (p. 65). Il Prof. Pecchioli resecava tre volte il corpo e la branca della mascella inferiore; altrettante alla resezione congiungeva la disarticolazione di un lato: ma nel Prospetto delle operazioni chirurgiche eseguite da quel Professore in un sedicennio, e pubblicato a Colle nel 1847, non è indicato in qual anno tali operazioni fossero fatte.

N.	ANNO	OPERATORE	OPERAZIONE	INDICAZIONE BIBLIOGRAFICA
1	1829	Baccelli di Roma	Enorme fungo del seno mascellare sinistro, compiutamente demolito per trasversale apertura praticata nella parete anteriore del seno medesimo.	Annali un. Med. 1839 XC 245 Cap. IV.
2	1831	Castellacci di Napoli	Amputazione parziale della mascella inferiore.	Archiv. di Med. e Chir. di Napoli. Agosto 1831.
3	1832	Signoroni di Padova	Trapanazione e risegamento per ascesso dell'antro d'Igmoro e osteomalacia.	An. un. Med. 1840 XCIII 51·
4	1833	Signoroni di Padova	Demolizione del corpo della mascella inferiore.	Prospetto clin. della Scuola di Chir. prat. dell'Univ. di Padova. Padova 1836 Cap. IX.
5	1835	Signoroni di Padova	Trapanazione e risegamento di pareti per polipo dell'antro mascellare ed osteomalacia.	An. un. di Med. 1840 XCIII 51.
6	1835	Radaelli di Trento.	Osteosarcoma del mascellare sinistro: esportazione.	Giorn. delle Scienze med. chir. Pavia 1837 VII 193.
7	1836	Belli di Pistoja	Amputazione della mascella inferiore.	Belli, Opusc. Pistoja 1836.
8	1836	Rizzoli di Bologna	Risecazione della mascella inferiore	Bullet. della Scien. Med. Bologna 1839 VIII 80.
9	1837	Cappelletti di Trieste	Amputazione di metà della mascella inferiore in donna incinta	Spongia, Comment. di med. 1837 III. 751. An. un. Med. LXXXVI. 39.
10	1837	Castellacci di Napoli	Amputazione di metà della mascella inferiore per epulide cancerosa.	Il Severino 1838 VII 21.
11	1837	Signoroni di Padova	Demolizione della mascella inferiore per osteocondroma dalla sinfisi del mento al suo collo.	Spongia, Comment. di Med. 1837 III 505. IV. 115.
12	1837	Signoroni di Padova	Risegamento dell'osso mascellare superiore per osteo-sarcoma.	Ivi 1837 IV 56.
13	1837	Rizzoli di Bologna	Risecazione e disarticolazione del lato sinistro della mandibola inferiore.	Bullett. delle Scien. Med. Bologna 1839 VIII 85.

N.	ANNO	OPERATORE	OPERAZIONE	INDICAZIONE BIBLIOGRAFICA
14	1838	BIAGI di Firenze	Amputazione della metà sinistra della mascella inferiore.	BIAGI, Di una amputazione della metà sinistra ecc. Memoria. Firenze 1839. — Breve statistica di due trimestri di Clinica chirurgica. Firenze 1839.
15	1838	BIAGI di Firenze	Asportazione della metà destra della mascella superiore per osteo-sarcoma.	Rendiconto suddetto.
16	1838	CAVARA di Bologna	Cura di un'esostosi dell'antro d'Igmoro mediante resecazione ed asportazione della parete anteriore del medesimo, e della mandibola superiore.	Novi Comment. Instit. Bonon. 1841 V 299.
17	1838	FABBRI di Bologna	Risecazione della maggior parte del corpo della mascella inferiore.	Bullet. Scien. med. Bologna 1839 VII 127.
18	1838	RIBERI di Torino	Resezione di quasi tutto il mascellare sinistro superiore.	Opere minori II 594.
19	1838	SIGNORONI di Padova	Resegamento e disarticolazione di mezza mascella inferiore per carie e cancro.	An. un. Med. 1840 XCIII 57.
20	1838	RIBERI di Torino	Resezione di quasi tutto il mascellare sinistro superiore per fungo maligno ed osteo-sarcosi dell'antro d'Igmoro.	Opere min. II 599.
21	1839	CANTONI di Milano	Esportazione d'un osteo-sarcoma dell'osso mascellare superiore destro.	An. un. di Med. 1840 XCIV 80.
22	1839	CANTONI di Milano	Resezione di quasi metà dell'osso mascellare inferiore per esostosi da interna periostite.	Ivi.
23	1839	RIMA di Venezia	Resecazione della mascella inferiore affetta da osteo-sarcoma.	Giorn. per servire ai progressi della Patol. e della Terap. Venezia 1839 X 198.
24	1839	SIGNORONI di Padova	Estirpazione per osteo-sarcoma dell'intero mascellare superiore.	An. un. Med. 1840 XCIII 48.

N.	ANNO	OPERATORE	OPERAZIONE	INDICAZIONE BIBLIOGRAFICA
25	1839	CINELLI di Volterra	Resezioni per osteo-sarcoma del mascellare superiore e inferiore eseguite nel medesimo individuo.	CINELLI G., Di due operazioni d'osteo-sarcoma alla faccia ecc. Memoria. Volterra 1840.
26	1840	CASTELLACCI di Napoli	Recisione dalla mandibola inferiore di voluminosa esostosi.	DE RENSIS, Patol. chir. VII 355.
27	1840	MARZUTTINI di Udine	Resecazione della mandibola inferiore affetta da cancro in vecchio di 63 anni.	Bullet. delle Scien. med. Bologna 1840 X 81.
28	1840	RIBERI di Torino.	Resezione di tutto l'osso mascellare superiore sinistro per osteo-sarcoma.	Op. minori II 601.
29	1840	SIGNORONI di Padova.	Risegamento della mascella inferiore per cagione di necrosi incarcerata entro le pareti iperostosiche.	An. un. di Med. XCVII 457. (1).

(1) Il Prof. Michele Jaeger stampava ad Erlangen nel 1832 un copioso prospetto delle resezioni fin allora pubblicate con il titolo *Operatio resectionis conspectu chronologico adumbrata*: ma di quelle eseguite dai chirurghi italiani scarso è il ricordo: per esempio delle resezioni fatte sulle ossa mascellari due soltanto (l'una del Regnoli dell'anno 1825, l'altra del Giorgi del 1826) sono citate.

Fra le resezioni delle ossa mascellari fatte poco dopo il 1840 vanno distinte le seguenti. — *Osteosarcoma della faccia guarito colla demolizione:* storia del Dott. Pietro Bertoja, notabile per la mole del tumore (avea la circonferenza di 12 pollici), e per la durevole guarigione, benchè la malattia fosse giunta, da quel che pare, all'ultimo grado (1). — *Amputazione completa della mandibola*, per cagione di vasta esostosi ed osteo-sarcoma, fatta nell' Istituto clinico di Roma dal Prof. Titocci: tale esostosi avea il diametro verticale di 6 pollici, il trasversale di circa 12, ed il pezzo osseo asportato pesava 3 libbre (2). — *Risegamento totale dell' osso mascellare superiore e palatino destro per malattia* (carie scrofolosa) *dell' antro d' Igmoro*: in quest' operazione il Dott. Minich modificava utilmente, affine di renderlo più spedito, il processo di Gensoul allora generalmente praticato (3). — Anche il Prof. Rizzoli ed il Dott. Marzuttini attesero a variare il processo dell' operazione. Il primo, giovandosi delle tanaglie di Liston da lui fatte curve nel piatto, e più lunghe nei taglienti, con sole tre sezioni levava il mascellare superiore (4); l' altro, adoprando pure tanaglie incisive, raccomandava di dividere nel terzo tempo dell' operazione il mascellare dalle apofisi pterigoidee dello sfenoide, per quindi, nel quarto momento, staccarlo dal compagno (5). Ma per quest' operazione, come per tante altre, la pratica non può essere sempre assolutamente la medesima; bensì, secondo che avvertivano Velpeau e lo stesso Rizzoli, varia conformemente che le circostanze esigono. Il fatto poi narrato dal Dott. Francesco Moretti è nuova prova quanto agevolmente sia tollerata l' amputazione delle ossa della faccia (6).

---

(1) Giorn. per i progressi della Patol. 1843 IV 475.

(2) Mem. sopra l' amputazione della mascella inferiore ecc. Roma 1845.

(3) Giorn. per servire ai progressi della Patologia e Terap. Venezia 1846.

(4) Bullet. Scien. med. 1848 XIII 159.

(5) Bullet. Scien. med. 1852 XXI 201.

(6) Asportazione quasi totale di ambedue i mascellari superiori consecutivamente a ferità d' arma da fuoco (Gaz. med. Toscana A. 1850. p. 88).

(Capo 51.°)

RESEZIONI E DISARTICOLAZIONI INTRABUCCALI DEL SIGNORONI ECC.

Il Signoroni nelle preaccennate operazioni ebbe per massima di schivare quanto più fosse possibile le ferite alla faccia; e però, meno che in un caso, egli estirpava il mascellare superiore senza bisogno di tagli esterni. Nell' amputazione poi della mascella inferiore il professor di Padova limitavasi ad una semplice incisione lineare, onde che pochissimo appariscente era la cicatrice risultante; ma questa pure giunse ad evitare per mezzo della *demolizione sottocutanea*. Del qual metodo operativo fe' la prima prova nel dicembre 1841 in una donna per causa di osteosarcoma, estirpando molta parte della mascella inferiore (dal primo incisivo destro sino al collo della branca ascendente), senza che la pelle fosse tagliata, e neppure offese le arterie ed i nervi principali di quelle parti. L' osso fu svestito delle carni con adatto scalpellino *scarnificatore*, e le branche ossee furono regolarmente tagliate con particolari cesoie ossivore immaginate dall' autore (1). L' anno dopo questi presentava ai dotti convocati in Padova un uomo a cui egli avea levato tutta la mascella inferiore e disarticolatine i condili con tagli puramente sottocutanei, o per meglio dire intrabuccali. L' operato deglutiva, e, quantunque non bene, parlava: sventuratamente riprodottasi l' affezione cancerosa nelle ossa temporali quegli dopo 9 mesi periva. In ogni modo un grande progresso avea fatto la pratica delle resezioni ed una nuova via aprivasi agl' imprendimenti della chirurgia. « La demolizione sottocutanea delle ossa della faccia ha improntato un carattere affatto nuovo a quella parte della chirurgia operativa che versa sui risegamenti e sulle estirpazioni delle ossa sí cilindriche che piane. Glorierassi più tardi la chirurgia di molta facilità ad eseguire operazioni altrimenti imponenti e difficilissime, e di risultati prodigiosi andrà ubertosa questa invenzione della Scuola Patavina;

---

(1) Ann. un. di Med. 1842 CI 203.

di tutti quelli cioè che derivano dalle risparmiate estese cruentazioni degli esterni velamenti, e degli altri che risultano dall'abbandono delle seghe nelle mutilazioni delle ossee sporgenze. E di questo benefizio debbesi riconoscere l'introduzione delle cesoje ossivore e delle tanaglie distraenti; le quali dalla destrezza de' chirurghi adoperate e dall'ingegno loro misurate nella forma al caso speciale, riusciranno ad eliminare quasi per incanto le più recondite ossee protuberanze dell' umano organismo (1) ». Quest' enfasi era scusabile in chi avea felicemente condotto a fine un'operazione, che celebratissimo maestro, il Velpeau, ripetutamente avea sconsigliata, non potendo persuadersi che l' *ablation totale,* della mascella inferiore, *puisse être réellement suivie de succés* (2): ned allora aveasi alcun esempio autentico della totale estirpazione di cotesto precipuo osso della faccia. L' operazione del Signoroni annunziata nel Diario del Congresso di Padova e ne' principali giornali d' Italia, esposta in un particolare trattato (3), pubblicata per intero negli Annali universali di Medicina (4), esaminata dal Guérin nella *Gazette médicale de Paris* non dovea certamente restare ignota ad uno storico e chirurgo erudito come il Malgaigne. Eh! pure questi non ne fa verbo, dichiarando di non sapere a chi tocchi l' onore di avere pel primo fatta l' intera ablazione dell'osso mascellare inferiore. « Ce que je dois confesser, c' est que le fait de M. Carnochan est jusqu' à present le seul exemple que j' aie trouvé d' une véritable désarticulation opérée des deux côtés dans la même séance (5) ». Carnochan di New-York operava nel 1851 con tagli esterni dai quali vennero recisi anche i due condotti stenoniani: il Signoroni non potè è vero compiere l' operazione nel medesimo giorno, perchè l' ammalato fu colto da grave lipotimia, non per effetto di emorragia, ma per arrovesciamento della lingua dentro le fauci; d' altra parte ei non recideva nè vasi, nè rami ner-

---

(1) *Signoroni,* Estirpazione totale della mascella inferiore (Ann. un. di Med. 1843 CV 396).

(2) Nouveaux éléments de Médéc. opérat. Bruxelles 1835 p. 172, e di nuovo nell' edizione del 1841.

(3) *Signoroni,* Della demolizione sottocutanea della mascella inferiore, e delle cesoje ossivore in quella adoperate. Padova 1842.

(4) Ann. un. di Med. 1844 CX 241.

(5) Manuel de Médec. opérat. Paris 1861 p. 224.

vosi importanti, non offendeva gli organi circonvicini, non lasciava esterne cicatrici, e però poco deforme rimaneva la faccia. Il Carnochan poi modificava un processo; il Signoroni creava un metodo suscettibile di molte varianti, adatto alla disarticolazione totale e parziale della mandibola (1), siccome alla semplice resezione. Tale metodo componevasi di tre tempi: denudazione intrabuccale con lo scalpellino scarnificatore dell' osso della mascella — risegamento della branca orizzontale con la cesoja ossivora a becco di grù sul secondo dente molare — disarticolazione delle apofisi condiloidee, trazione e torsione delle branche ascendenti afferrate con le tanaglie distraenti, ovvero estrazione con movimenti consimili del pezzo reciso. Se non sono indispensabili gli strumenti proposti dal Signoroni, se la disarticolazione è procedimento il più delle volte violento, di rado necessario, se il metodo intrabuccale non in ogni caso di affezione delle mascelle può convenire, se infine esso non è sempre praticabile; resta fermo peraltro che lo staccare ed estrarre la mandibola entro la bocca, senz' esterna ferita è concetto ragionevole ed originale, il quale a buon diritto, poichè può essere felicemente applicato in determinate circostanze, va annoverato fra le *utili invenzioni.*

Il prof. Gorgone di Palermo volle formare un *processo misto*, combinando il metodo così detto sottocutaneo con i processi comuni; ma veramente ben poco conservava dell' operazione del clinico di Padova, di cui neppure accettava gli strumenti: bensì il processo da lui adoprato per la resezione di quasi tutta la metà destra della mandibola inferiore, senza essere sostanzialmente nuovo, è il più semplice e facile; conciossiachè, incisi verticalmente nel mezzo della mascella gl' integumenti, l' osso era scarnato nell' una e nell' altra parte, e quindi tagliato con la sega a catena sotto i processi e nel mento (2). È giusto altresì di notare, come lo stesso Signoroni consentiva che nel più de' casi, anzichè disarticolare, basterà recidere i rami ascendenti

---

(1) Due disarticolazioni unilaterali della mascella vennero eseguite felicemente dal Signoroni nel 1842, e pubblicate nel T. CX degli Ann. un. di Med. p. 259.

(2) Nuovo metodo per la resezione della mandibola inferiore. Palermo 1847. — Atti del Congresso di Napoli. — Di analogo processo servivasi il Prof. Costantini nelle diverse resezioni da lui praticate, ponendo per regola generale di non offendere le commessure labiali (Saggio di Clinica chirurgica. Roma 1855 p. 62)

presso ai condili, perciocchè questi, avendo involucri proprj, si schermiscono comunemente dai morbi devastatori delle sottoposte branche.

Ma il SIGNORONI estirpando tutta la mascella inferiore, donde attendeva egli il rifacimento della medesima? « Mirabile sempre Natura ne' suoi processi! A tanto osso violentemente dall' arte abbattuto supplisce colla effusione di sostanza concrescibile, che li disgiunti margini unisce, e le smosse pareti puntella e rinforza ». Veramente qualche sostegno facevasi, giacchè l' operato dal nostro chirurgo non avea in volto altra deformità che quella solita a vedersi nelle persone sdentate, biasciava e discorreva. Collo scalpellino scarnificatore separava il SIGNORONI *tutti i tessuti fibrosi ed aponeurotici, che stavano aderenti ai piani mascellari sia per dispozione di natura, che per opera del morbo che il corpo della mascella avea pervertito* (1). Ma il clinico di Padova, mirando unicamente a risparmiare le incisioni esterne, non si curò di proposito della conservazione del periostio come organo rigeneratore. Invece il Dott. BERNARDINO LARGHI nel 1852 in un uomo, che avea la metà destra della mascella inferiore guasta da necrosi, si propose di staccare il periostio dall' osso malato, e di trar fuori questo dall' astuccio; giovandosi nulladimeno dei tagli esterni per incidere le parti molli e fibrose sulle due faccie della porzione piana, e sul margine anteriore della mandibola per segarne quindi la sinfisi. Con il punteruolo e la leva furono staccate le gengive ed il periostio; con il pellicano rotta l' apofisi coronoide ed il condilo rimasti attaccati superiormente: dopo 44 giorni l' operato era guarito, presentando in luogo dell' osso un cordone membranoso che già avea cominciato ad ossificarsi (2). L' esempio del LARGHI eccitò il Dott. BORELLI a fare l' esportazione sotto-periostea dell' intero osso mascellare inferiore caduto in necrosi per effetto principalmente delle emanazioni del fosforo; la paziente, giovane ventenne, essendo stata per ben 7 anni lavorante in una fabbrica di fiammiferi. La faccia era tumida per modo da essere tanto larga quanto lunga. La cavità della bocca venne ampiamente aperta incidendo i tegumenti dall' uno all' altro orecchio lungo i margini verticali della mandibola e la parte ante-

---

(1) Ann. un. di Med. 1844 CX 251, 243.

(2) Cenni sull' estrazione e disarticolazione sottoperiostea della porzione destra della mascella inferiore affetta da necrosi (Giorn. dell' Accad. med. chir. di Torino 1853 XVII 49).

riore superiore del collo, e formandone un vastissimo lembo che a guisa di maschera potè essere rovesciato sulla faccia. L' osso, staccato dall' involucro periosteo per quanto fu possibile, venne diviso con la sega a catenella tra la porzione orizzontale e verticale; quindi con forti scosse e trazioni si estrassero le due branche sino alla loro articolazione affatto svestite di periostio. Colpita da risipola nel nono giorno dopo l' operazione, l' inferma moriva il 20°; e la necrotomia mostrò che dal periostio, risparmiato nell' estirpazione della mandibola, avea già cominciato a formarsi un tessuto fibroso resistente (1). Il Dott. Borelli avea pur esciso felicemente in un vecchio per la via della bocca in due volte un grosso tumore, formato di 5 cisti ossee, sviluppatosi fra le lamine della branca orizzontale della mandibola; e similmente altra voluminosa cisti ossea della stessa parte in un ragazzo: ma in questo caso adoperò la resezione dopo aver incisa la guancia dall' angolo della bocca all'angolo della mascella, e staccato il tumore dai tessuti circostanti, risparmiando quant' era possibile il periostio (2). Pressocchè eguale procedimento tenne il Dott. Bottini in consimile caso di vasta cisti ossea di quasi tutta la metà sinistra della mascella inferiore (3).

Il Dott. Paravicini seppe ingegnosamente combinare i due metodi del Signoroni e del Larghi: tolse dal primo gli strumenti e l' idea di esportare l' osso, lasciando illesi i tegumenti del volto; dal secondo il concetto di rispettare il periostio e le operazioni della mano necessarie a tal fine, modificando per altro le stesse, e preferendo, perchè più sicura, la disarticolazione del condilo mediante movimenti di torsione, al risegamento della branca ascendente. Con questo processo il Paravicini nel Novembre 1857 estrasse metà della mascella inferiore in una donna di 34 anni, a cui riprodotto erasi il tumore di natura *fibro-plastica*, che prima erale stato esciso dallo stesso

---

(1) Necrosi fosforica dell' osso mascellare inferiore. Esportazione sottocutanea e sottoperiostea dell' intero osso mascellare. Osserv. compilata dal Dott. Argentier. Torino 1856.

(2) Atti dell' Accad. Med. chir. di Torino 1857 IV. — Raccolta di Osserv. clin. Torino 1867 II 341.

(3) Ann. un. di Med. 1867 CC 307. — Il medesimo Dott. Bottini ha testè pubblicato la storia di « Resezione endo-orale del mascellare superiore sinistro per sarcoma osteoide dell' antro d' Igmoro (Giorn. dell' Accad. med. chir. di Torino 1870 IX 640 e 802) ».

chirurgo, e malgrado che sui tagli dell' una e dell' altra faccia della branca orizzontale sinistra della mascella fosse stato applicato il ferro rovente (1). Questo fatto dell' applicazione del fuoco ha messo il dubbio che veramente dopo 3 settimane si sentisse col dito la *deposizione del nuovo osso abbastanza innoltrata*: ma è d' avvertire che dalla prima alla seconda operazione trascorse presso che un mese e mezzo, che non tutta la superficie dell' osso fu cauterizzata, e che non dal solo periostio proviene la ristaurazione del tessuto osseo.

Nello stesso anno 1857 nel mese di dicembre il Dott. Marzolo di Padova con resezione intrabuccale toglieva un osteosarcoma dalla mascella superiore sinistra senza taglio esterno, e conservando il periostio che potè facilmente staccare dall' osso; il quale veniva reciso per mezzo della sega di Aitken introdotta per un pertugio tubulare fatto a bella posta nella volta palatina: dopo tre mesi l' osso s' era riprodotto, ed anche, dice l'autore, ristabilitosi l' antro d' Igmoro (2). Sin dal 1851 avea il Larghi estratto per la via della bocca il mascellare superiore sinistro e parte del destro per cagione di carcinoma dell' etmoide: avendo conservato il periostio della parte anteriore e laterale dell' osso, otteneva rifatto il mascellare superiore; e similmente vedeva riprodotto il palato avendo staccata la membrana mucosa periostea dal palato stesso, dove protuberava il tumore. Ma di questa medesima operazione fu già detto al Capitolo dell' urano-plastica (C. 14).

Ad un uomo di 56 anni con profonda necrosi della mascella inferiore, la quale era prodotta in parte probabilmente da emanazioni del fosforo, potè trar fuori il prof. Rizzoli, operando sempre dentro la bocca, tutta la mascella inferiore. L' operazione fu semplice e facile, giacchè gl' involucri fibrosi e gli attacchi tendinei erano deboli ed allentati, giacchè l' osso era necrosato e formava sequestro: felicissimo anche ne fu il risultato. Nulladimeno il Prof. Rizzoli è ben lungi dal consigliare l' anzidetta maniera di operare come metodo generale; anzi egli la condanna assolutamente in que' casi in cui la malattia dell' osso è di *rea natura, quand' anche riescire si potesse*

---

(1) Sulla resezione e disarticolazione sottoperiostea della mascella inferiore senza incisioni esterne (Ann. un. di Med. 1858 CLXIII 71).

(2) Resezione intrabuccale della mascella superiore ecc. (Gaz. med. Prov. Venete 1858 p. 9).

penetrando per la via della bocca a conservare il periostio. D' altra parte egli avverte che l' operazione sotto-periostea non sarebbe controindicata, supposto ancora che il periostio, per cagione de' suoi intimi attacchi con alcuni tratti dell'osso, non potesse venire del tutto conservato : « perocchè le superstiti porzioni, coadjuvate dalle metamorfosi di cui ponno essere capaci i vicini tessuti, sarebbero sufficienti per originare un' ossea sostanza atta a sostituire la perduta ». Nell' operato poi dal Rizzoli venne così completa e regolare riproduzione della mandibola e del rispettivo apparato legamentoso, da poter la medesima fare gli stessi servigj di una naturale mascella priva di denti (1).

Il Dott. Rocco Gritti in una giovane malata, essa pure di *necrosi fosforica* nella mascella inferiore, risegò l' osso combinando il metodo delle piccole incisioni esterne con lo sgusciamento sotto-periosteo : rapidissima fu l' operazione ; ma sfortunatamente l' operata moriva di risipola facciale in settima giornata. Nondimeno cotesto processo merita di essere preso in esame potendo in casi speciali meritare la preferenza sugli altri conosciuti. L' atto operativo è diviso in 4 tempi : — incisione della cute e scoprimento del margine posteriore della branca ascendente — passaggio dell' ago e della sega-catena sulla faccia interna della branca ascendente della mascella inferiore, e del muscolo pterigoideo interno, non che segatura dell' osso — sgusciamento sotto-periosteo della mandibola nella parte malata — emostasia e medicatura (2).

(*Capo* 52.°)

SVUOTAMENTO E RESEZIONI SOTTOPERIOSTEE. -- LAVORI DEL LARGHI

Se non che per tal modo noi abbiamo anticipato l' esposizione di fatti che non solamente per ragione di tempo sono posteriori, ma

---

(1) Ablazione completa intrabuccale della mascella inferiore (Mem. dell' Accad. delle Scien. di Bologna 1862 II 119). Il Prof. Rizzoli avea già in tre soggetti asportata per la via della bocca e sotto il periostio la metà della mascella inferiore presa da necrosi, insieme con il condilo articolare, susseguendone la completa rigenerazione.

(2) Risezione intrabuccale e sotto-periostea della mandibola inferiore, mercè di un nuovo processo operativo (Gaz. med. Lombard. 1867).

anche procedono da concetti generali e da esami precedentemente fatti ed escogitati.

Lo *svotamento sottoperiosteo delle ossa e le resezioni sottoperiostee* sono operazioni fondate amendue sulla facoltà che hanno le ossa di riprodursi, per opera specialmente del periostio rimasto intatto. Se il Sédillot ha illustrata ed ampliata l'operazione, mediante la quale si scava o si buca un osso interamente per levarne la porzione guasta, lasciando intatto lo strato periferico ed il periostio, che debbon conservare la forma dell' osso stesso, e rifare la sostanza tolta; non perciò quegli può dirsi l' inventore *de l'évidement des os* (1); giacchè, lasciando da parte il passo di Angelo Bolognini chirurgo bolognese della prima metà del secolo XVI, che dice, se profondo sia il guasto dell' osso doversi non solamente, e quest' era il precetto di Celso (2), raschiare, scalfire e bruciare la parte viziata; ma anche *curetur ipsum os malleo vel scalpello, concavando et removendo cum sua medulla* (3): lasciando da parte, dico, questo passo, benchè importante nella storia dell' arte, ed anche una proposta del Troja di cui faremo cenno più innanzi, per toccare di tempi a noi più prossimi, troviamo che il Signoroni compieva e praticava lo sgusciamento della parte cariata con istrumenti speciali. Di quest' operazione servivasi il Signoroni specialmente nella carie *progressiva* del calcagno; ei la chiamò *decapitazione* e la fece conoscere nel III Congresso degli Scienziati in Firenze (4). Ma quel nome non esprimeva adequatamente tutto l' atto operativo. Il Bresciani de Borsa scrive in proposito: « Esso (cioè il Signoroni) venne in pensiero, che sgusciando il corpo d' un osso, per esempio del calcagno, ne sarebbe insorta una benigna granulazione, che poscia consolidandosi avrebbe rimpiazzato il vano dello stesso osso; ed a tal uopo inventò

---

(1) Paris 1860.

(2) De Medic. Lib. VIII cap. 2.

(3) De cura ulcerum exteriorum. Bononiae 1525 Cap. XVII. — Il più vecchio dei Nannoni nella 1ª Parte del suo Trattato chirurgico intorno la semplicità del medicare, dà la storia di « Carie, seccamento ed abolizione di quasi tutta una fibola, senza alcun impedimento de' moti dipendenti dalla sostanza muscolare, che fu tagliata per aver libertà d' operare sopra dell' osso divenuto un corpo morto (Oss. IV p. 407) ». Sull' osso fu operato *tagliando*, *bruschiando e scarpellando*: l' infermo guarì tanto bene da poter attendere di continuo alla caccia.

(4) Atti del Congresso: seduta del 21 Settembre 1841.

certi strumenti come a foglia di uliva ripiegata un po' ai margini, di quelli a molteplice ventaglio ecc., che distruggevano così applicati ad un osso spugnoso, il suo intimo tessuto patologicamente affetto. Alcuni casi felicemente riusciti coronarono la detta operazione ». Lo stesso BRESCIANI soggiunge d' aver esso pure fatta la *Signoroniana operazione dello sgusciamento, unita alla decapitazione parziale* sin dal 1838; e nel 1843 d' aver proposto e fatto eseguire da altro chirurgo, da cui era chiamato a consulto, lo sgusciamento dell'astragalo e dell' estremità inferiore della sinistra tibia (1). Il Dott. ANGELO MINICH di Venezia, scolaro, assistente e successore al SIGNORONI nella Clinica chirurgica, ricordava testè che lo sgusciamento delle ossa cariate è metodo immaginato ed eseguito dal suo maestro, ed ora *riprodotto dal Prof. SÉDILLOT sotto il nome di svuotamento delle ossa, senza neppur citare il chirurgo italiano* (2).

Nel Capitolo delle amputazioni (Cap. 49) abbiamo detto altresì, che il Dott. BELLINI avea proposto di resecare con adatta sega circolare i monconi ossei dall' interno all' esterno, levando prima alquanto di midollo: ma in ciò è da vedersi, anzi che l' idea dello sgusciamento, iniziata in certo modo, sebbene con diversa mira, la pratica del medesimo.

Il Dott. GIOVANINI al trapano sega, di cui a suo luogo diremo, univa semplice ed utilissimo strumento, da lui chiamato per la forma e per l' ufficio *cucchiajo osteotomo,* il quale, oltre che per lo svuotamento delle ossa, può servire eziandio da perforatore ed elevatore quando venga impugnato a piena mano nel manico, anzi che far agire il solo margine tagliente della parte sua concava o coppa, siccome è d'uopo perchè l' altro scopo si ottenga (3).

Piuttosto il LARGHI svuotava le parti guaste introducendo cannelli di nitrato d' argento nelle ossa della mano e del piede e dentro i tumori ossei: se non che, ripetiamo, male si regola l' azione dei caustici potenziali, e d' altra parte il caustico attuale può divenire pericoloso per effetto del calore che irraggia.

Ma il Dott. LARGHI è benemerito della chirurgia per avere propugnata l' importanza delle operazioni sottoperiostee, e fatte entrare

---

(1) Saggi di Chir. teor. prat. Verona 1843 p. 78.

(2) Osserv. prat. e terap. sopra alcune malattie delle ossa. Venezia 1869 p. 73.

(3) Del Trapano Sega In: Mem. della Soc. med. chir. Bologna 1853 V.

queste nel dominio della pratica. Come in lui sorgesse tale concetto, ed in qual modo lo ponesse ad effetto vediamo brevemente.

Dopo che lo Scarpa ebbe ripubblicata l' opera sua intorno la formazione e la struttura delle ossa, anatomici, fisiologi e chirurghi posarono generalmente sopra l' autorità del grande maestro: noi vedemmo che da Bologna partirono le più gravi obbjezioni, ma il Medici non impugnava che una parte delle dottrine dello Scarpa. L' Howship, co' suoi esperimenti ed osservazioni mediante il microscopic solare, mirava a confermare la teoria sulla formazione delle ossa proposta e difesa nell' opera *de penitiori ossium structura*: d' altronde l' anatomia microscopica delle ossa non cominciava veramente che con i lavori di Purkinje, di Valentin, di Deutsch e di Miescher, che è quanto dire nel 1834 e 1836. Più tardi ancora riprendevasi l' esame della parte, che ha il periostio nella riproduzione delle ossa: gli esperimenti, che s' andavano facendo in Germania, eran presso a poco i medesimi del Troja, le cui opere erano state volte in tedesco prima del Kühn (1), quindi dallo Schonberg (2). I cimenti del Flourens nutrendo animali con la robbia fecero risorgere e diedero nuova vita alla quistione. Il fisiologo francese comunicava le sue prime esperienze nel 1840, ed altre ne faceva negli anni appresso, dimenticando del tutto le cose fatte e pubblicate dagli anatomici e fisiologi bolognesi del secolo passato nei Commentarj latini del patrio Istituto. Sulla fine della stesso anno 1840 il prof. Paolini leggeva all'Accademia delle Scienze di Bologna, siccome 8 anni prima il Medici avea fatto riguardo al caso di riproducimento di porzione di costola da lui osservato, il saggio di alcune esperienze intorno l'azione della robbia nel colorire le ossa ed il guscio calcare delle uova delle galline; e ne conchiudeva, tra le altre cose, che le ossa lunghe ingrossano mediante strati gli uni agli altri sovrapposti, e che laminare è la loro tessitura; che il coloramento delle ossa e delle parti organiche in genere per fatto della robbia, è proporzionato alla copia dei vasi che in quelle penetrano (3). Ne seguiva quindi che il periostio,

---

(1) Versuch über den Anwachs neue durch Krankheiten zerstörten Knöchen. Strassbourg 1780.

(2) Neue Beobachtungen und Versuche über Knochen. Erlangen 1828.

(3) Specimen quorundum experimentorum de vi Rubiae ad ossa ovorumque gallinarum putamina calcaria coloranda (Novi Comment. Instit. Bonon. VI 469).

siccome membrana da cui partono tanti vasi, dovesse avere molta importanza nel nutrimento e riproduzione delle ossa.

Malgrado il fervore con cui nuovamente si studiava la rigenerazione delle ossa, malgrado che gli esperimenti del Flourens, e degli altri che vi tennero dietro, avessero tanta rinomanza, e la teoria fisiologica che ne scendeva fosse nella sostanza generalmente accettata; nulladimeno le applicazioni alla chirurgia non venivano fatte. Ancora non si avea abbastanza fiducia nei cimenti fisiologici per volgerli nelle pratiche bisogna: il Troja medesimo, che pur era chirurgo, nel 1814 chiudeva il suo libro delle *Osservazioni ed esperimenti sulle ossa,* che è un supplemento agli altri anteriori del 1775 e 1779, dubitando che da quelle lunghe fatiche potesse ricavarsi *gran vantaggio per la pratica medica* (1). E questo diceva egli, che nel 1775 audacemente avea proposto di curare la carie e la spina ventosa con lo *svotamento,* cioè distruggendo il midollo, conciossiachè egli avea veduto *nihil magis valere ad faciendum, ut novum os regeneretur, quam medullae destructio* (2). Neppure i chirurghi erano stati mossi dai begli esperimenti dell' Heine di Würzburg, pubblicati nel 1834, e dai quali veniva riconfermato non unica essere la fonte per cui le ossa si riproducono; alla principale, che è il periostio, tengon dietro il tessuto osseo, la membrana midollare ed anche le parti molli allorchè l' osso sia stato tolto. V' hanno è vero negli annali della Scienza registrate alcune resezioni fatte nel giro di questi anni, nelle quali fu conservato il periostio per ottenere la riproduzione dell'osso: tali sono i casi dei chirurghi russi Rklitsky, e Karawayew (3) e pa-

---

(1) p. 125.

(2) « Non poterit, exempli causa, in profunda et incurabili carie, quae femoris, post ejus amputationem prope genu, extremitatem superiorem adoriretur, medulla, eadem qua columbis feci ratione, destrui? Nulla certe alia, cum non liceat adhuc femur in ossium innominatorum articulatione amputare; salutis supereret spes, quam si novum os circa vetus efformaretur et vetus ispum e novo posset educi. Arduum sed non impossibile negotium. At commodiori non poterit modo deleri medulla in humero, et cubito, et tibia integris artubus, et per foramina modiolis facta, et per flexibilia aut curva specilla? Haec equidem ratione, novo regenerato osse, non erit omnino difficile antiquum os e novo educere (*Troja Michael,* De novorum ossium in integris aut maximis, ob morbos deperditionibus, regeneratione Experimenta. Lutetiae Parisior. 1775 p. 87 § LXXII e LXXIII).

(3) Gaz. med. de Paris 1840 p. 212. — Ivi 1841 p. 189 — Zeitschrift für die gesammte Medicine von Fricke und Oppenheim J. 1841.

recchi altri che l' Ollier ora ha raccolto nel suo *Traité expérimental et clinique de la régéneration des os* (1); ma quelle erano operazioni staccate, che consideravansi soltanto come prove favorevoli dell'opinione di coloro, i quali tenevano la conservazione del periostio essere condizione essenziale per la rigenerazione delle ossa: sepolte nei giornali medici il Paravicini le disepelliva nel 1838, non più ricordandole nemmeno la Gazzetta che ne avea dato le prime notizie. In ogni modo poi da que' casi speciali, nè gli autori, nè altri seppero trarre verun principio generale.

Succedeva rispetto alle resezioni sotto-periostee un fatto, che pur troviamo nella storia delle altre scienze, allora che chiuse in sè stesse intendono provvedere al proprio incremento con mezzi intrinseci senza altrui aiuto. E per vero la chirurgia, che poteva sollecitamente avvantaggiarsi delle operazioni sottoperiostee *applicando* per sè con la debita discrezione i risultamenti dell' esperienza fisiologica; non s' impossessò di quelle che partendo da altre considerazioni e battendo la via dell' esperienza clinica. Necessariamente tardo fu l' acquisto: momenti di alterigia o di diffidenza soverchia, che, se non impediscono i progressi della scienza, li fanno più difficili e lenti. L' Ollier si meraviglia come in Francia, dopo che il Flourens ebbe a bella posta sollecitato i chirurghi a riflettere su le proprietà che hanno le ossa di riprodursi mercè il periostio, le resezioni sottoperiostee non prendessero posto nella chirurgia: « pendant qu' en France on hésitait à se lancer dans la voie que la physiologie expérimentale venait d'ouvrir, un chirurgien italien, Larghi, de Verceil, obtenait sur l' homme des riproductions aussi belles et aussi complètes que celles que les expérimentateurs avaient obtenues sur les animaux (2) ». Ma il Larghi imprendeva le operazioni sottoperiostee non con la mira di mettere in pratica gl' insegnamenti della fisiologia intorno le proprietà riproduttrici del periostio; bensì per rendere più miti le resezioni ordinarie. E però nel Maggio 1845 ei resecò una costa, e fu la prima resezione sottoperiostea, con la mente che conservando il periostio l' operazione grave di sua natura, sarebbe stata lieve, poichè si lasciavano in posto i muscoli, i nervi intercostali e la pleura.

---

(1) Paris 1867 T. II.

(2) Traité expérimental cit. I 58.

Quindi egli faceva l' estrazione sottoperiostea della massima parte dell' ileo destro rammollito in un ragazzo, e della parte centrale dell' omero cariato. Questi tre tentativi coronati di felicissimo esito, giacchè l' operazione non fu seguita da accidenti, e l' osso levato si riprodusse, vennero dall' autore pubblicati soltanto nell' Aprile del 1847 (1). Nello stesso anno un discepolo del Signoroni, il Dott. Francesco Marzolo, stampava negli Atti dell' Istituto Veneto (2) una dissertazione « Sopra un nuovo metodo di risegamento delle ossa e sui felici risultati con esso metodo ottenuti ». Faceva conoscere in quel lavoro tre casi di resezione della mascella inferiore da lui praticata, e facendo spiccare i pregj del metodo intrabuccale, diceva chiaramente di avere osservato che *isolando completamente e per così dire raschiando l' osso, si lasciavano in sito ed illese le parti circostanti, da cui dipende la deposizione della sostanza calcarea.* A tal fine proponeva opportuni strumenti da lui immaginati e descritti. Il Dott. Marzolo, dice il Paravicini, va associato a Rklitski, a Karawajew, a Josse ed a Maisonneuve come altro dei precursori della grande innovazione chirurgica consacrata dal Larghi; e pertanto quegli doveva anche essere tra i fautori del chirurgo di Vercelli (3). Similmente, un altro medico delle provincie venete, esponendo alcune gravi lesioni traumatiche negli arti e nelle articolazioni guarite senza operazioni di grande momento, mostrava di ben conoscere l' importanza del periostio nella chirurgia conservatrice, giacchè concludeva: che nelle fratture comminutive possono talora i pezzi ossei, benchè solo congiunti alle estremità dell' osso fratturato col mezzo di poco periostio ancor sano, invece che mortificarsi, saldarsi fra loro e con il rimanente dell' osso (4). Frattanto il Larghi avea conosciuto il fondamento fisiologico delle operazioni a cui con tanta fortuna s' era accinto. Di fatti in quell' opuscolo poneva come canone inconcusso che il periostio è la matrice dell' osso, donde pure traeva la ragione della convenienza ed utilità delle resezioni sottoperiostee. Egli aveva

---

(1) Estirpazione o rescissione delle ossa convertite nell' estrazione della loro parte ossea, rigenerata dal periostio conservato (Giorn. dell' Accad. med. chir. di Torino 1847 XXVIII 512).

(2) A. 1847 VI 280.

(3) Ann. un. di Med. 1858 CLXV 652.

(4) *Chiminelli Luigi,* Sull' economia della medicina operatoria. In: Memoriale della Medic. contemp. 1845. Vol. XIII.

altresì scorto le condizioni, che rendono praticabile l'operazione, sebbene a prima fronte pajano controindicarla, e cioè che il periostio sia tumido ingrossato e facilmente staccabile. Aggiungeva i precetti generali per eseguire questo metodo, ed i particolari per la resezione delle coste: i quali consistono nell'incidere le parti molli, nel fendere longitudinalmente e distaccare in giro il periostio, nel sollevare e trar fuori l'osso dal tubo periosteo, modificando il procedimento secondo che esigono la forma e le altre condizioni dell'osso particolare (1). A queste prime prove il Larghi andava mano a mano altre aggiungendo, onde che nel 1855 pubblicando più ampio lavoro, il quale rifermava i principj banditi nel 1847, annoverava, con le tre anzidette, 13 osservazioni; ommessa l'altra dell'estrazione e disarticolazione sottoperiostea della porzione destra della mascella inferiore, di cui abbiamo poc' anzi fatto parola, perchè già stampata nel 1853. Fra le novelle operazioni v' ha pure l' estrazione del mascellare superiore e dell' etmoide fatta per entro la bocca, e successiva palatoplastia, della quale dicemmo a proposito delle operazioni plastiche, e di nuovo ricordammo fra le resezioni delle ossa mascellari. Ritornando sopra il processo operativo delle resezioni sottoperiostee, il Larghi dichiara maggiormente il medesimo, indicando pure gli strumenti più adatti per compierlo, scendendo poscia ad importanti avvertenze pratiche. Così, ad esempio, quando il periostio sia troppo sottile e non si possa distaccare, consiglia di conservare almeno, se è possibile, l'astuccio muscolare; quando sia aderente solamente in parte, dá il precetto di raschiarlo, o meglio di lasciare stare quella porzione che aderisce all'osso separando il rimanente periostio. Ma nelle ossa corte, e particolarmente in quelle della mano e del piede, male potendo compiersi l'estrazione sottoperiostea quale si fa nelle ossa lunghe, propone di ottenere il medesimo effetto indirettamente, cioè distruggendo la parte interiore dell' osso per mezzo del nitrato d' argento messo dentro ai seni, od alle fistole dell' osso, ovvero del-

---

(1) La predetta dissertazione su l'estirpazione o rescissione delle ossa ecc. venne dal Larghi in miglior forma inserita nella *Gaz. méd. de Paris*. A. 1847 p. 434, col titolo « De l'extraction sous-periostée, et de la reproduction des os ; extraction sous-périostée des côtes en particulier ».

l'articolazione: pratica che già avemmo occasione di giudicare (1).

In questa seconda scrittura il Dott. Larghi aggiungeva la proposta dell' estrazione sottocapsulare, con la quale si prefiggeva, *lasciando illesa la muscolatura e senza levar brano alle capsule e talvolta senza toccarle*, di ottenere novelle articolazioni, simili alle antiche estratte. Tale proposta male accolta dagli stessi fautori delle resezioni sottoperiostee, e condannata come impraticabile, oggi dalle esperienze in ispecial modo dell' Ollier viene mostrata possibile; perchè veramente si possono riprodurre, conservando la guaina periosto-capsulare, le articolazioni precise. Il Prof. Ercolani nelle prementovate dissertazioni sul trasformarsi degli elementi istologici nell' organismo animale, seguitando le indagini riconfermava che nello stato normale il tessuto osseo deriva dal periostio, ed il midollo dall' osso; e con il sussidio di esperimenti mostrava come nello stato morboso, e per irritazioni speciali, il midollo possa derivare direttamente dal periostio, e come per converso dalle cellule midollari in istato morboso mediante successivi permutamenti si formino direttamente gli elementi istologici del periostio, e da questi il tessuto osseo derivi. Le leggi, che governano la vita fisiologica delle ossa, possono invertirsi nello stato patologico, ma non contraddire a loro stesse: nello stato morboso alcuni elementi dell' organismo possono direttamente trasformarsi nelle ultime fasi della loro vita, senza subire tutte le mutazioni intermedie segnate dalla natura nello stato naturale. E però sembrava all' autore che le incertezze e le apparenti contraddizioni che nascevano, studiando le funzioni delle ossa nello stato normale, nei fatti patologici o negli esperimenti, che impropriamente, diconsi fisiologici, avessero la loro ragione di essere in ciò che non bene conoscevansi le vere e reali trasformazioni degli elementi istologici, che entrano nella struttura delle ossa (2). Senza dubbio che non si può dagli esperimenti così detti fisiologici, ed anche dai fatti di rigenerazione spontanea di osso nel caso di necrosi,

---

(1) § 46. — *Larghi*, Operazioni sottoperiostee e sotto-cassulari, e guarigione delle malattie delle ossa ed articolazioni per il nitrato d'argento (Giorn. dell' Accad. med. chir. di Torino 1855 XXIV, 1856 XXVI e XXVII) ecc. Veggasene la recente continuazione o supplemento nel Gior. predetto A. 1869 T. VII p. 342 e seg. T. VIII p. 110, 479.

(2) Sulle trasformazioni degli elementi istologici nell' organismo ecc.

trarre dirette illazioni per le altre malattie delle ossa nelle quali il periostio ed i tessuti ambienti sono in diverse condizioni che nelle due predette. Sonvi pure altre condizioni, le quali soltanto per mezzo dell'osservazione diretta nell'uomo possono essere determinate: per esempio se in tutte le parti ed in tutte le età le neoformazioni ossee possano succedere, e se avvenute abbiano vita durevole. E però nella pratica clinica, si adopri la resezione e lo sgusciamento, non potremo ottenere tutto quanto i cimenti sui bruti farebbero sperare. La quistione dunque dal campo della fisiologia sperimentale deve ora trasportarsi in quello della clinica, la quale ha da mostrare l'utilità delle resezioni sottoperiostee non con la recisione di ossa necrosate, e col rimuovere sequestri; ma col fatto di ossa vive, che estirpate consecutivamente si riprodussero. La clinica insomma con più larga esperienza, con critica imparziale deve giudicare del valore pratico di un' opera a cui il nome di Bernardino Larghi va indissolubilmente legato; il chirurgo di Vercelli avendo pel primo procurato di ridurre a metodo generale, ciò che innanzi non avea fatto argomento che di parziali tentativi. Furono alcuni che dubitarono perfino della realtà delle operazioni dal Larghi annunziate; ma, gode l' animo nel dirlo, l' onoratezza del nostro collega fu dagli stessi forestieri calorosamente difesa (1). Il Larghi soggiacque prima alle incertezze di chi si mette per nuova via, poscia alle fallacie dell' entusiasmo, che nasce allorquando pare di aver raggiunto la meta: la Storia ci ammonisce contro questi errori; ma essa non vitupera che l' inganno artificioso (2).

Quand' anche poi le concepite speranze siano per iscemare di molto, nondimeno le resezioni periostee vanno poste fra le conquiste

---

(1) « Nous nous sommes élevé..... contre les procedés de certains critiques qui mettaient en doute la réalité des observations du loyal chirurgien de Verceil, et nous avons montré que les faits les plus discutables au point de vue des indications, ceux dans lesquels l' os nouveau avait pu être enlevé, étaient les plus probants au point de vue de la régénération de l' os par le periosté (*Ollier*, Traité expérimental etc. II 68) ».

(2) È molto rilevante la storia recentemente pubblicata dallo stesso dottor Larghi, perocchè in questo caso il periostio da conservarsi venne staccato dall' osso, che avea da essere resecato, e spinto indietro, senza che niun atto o procedimento morboso avesse preparata o resa più facile l' operazione (Amputazione sottocassulare periostea dell' inferior parte del braccio. In: Ann. un. Med. 1869 CCVII 110).

che fanno gloriosa la chirurgia moderna: più che le altre operazioni, queste caratterizzano la scienza e l'arte odierna; imperocchè sono non soltanto procedimenti di conservazione, ma anche di ristauramento. Che se alle membra conservate si giunga a mantenere la forma e la propria funzione l'ideale della chirurgia sarebbe veramente conseguito.

Accennate le opere principali del Larghi intorno le resezioni sotto periostee non occorre di citare le altre, nelle quali egli ha riconfermato i medesimi intendimenti, o suggeriti speciali processi operativi per metterli ad effetto: a parecchi di questi manca d'altronde il suggello dell'esperienza, e neppure sono scevri di obbjezioni riguardo all'anatomia, ed alla parte operativa (1).

Le diverse memorie del Larghi inserite per la maggior parte prima nel Giornale dell'Accademia Medico-Chirurgica di Torino, quindi negli Annali Universali di Medicina, furono esaminate dal dottor Paravicini (2), dal dottor Taruffi (3), dal Longhi (4), dal Borelli (5), dal prof. De-Sanctis (6) e dal Ciniselli (7). Questi medesimi scrittori rivendicando al collega italiano il merito del nuovo metodo, si occuparono insieme della quistione generale delle resezioni periostee: il dottor Malachia De-Cristoforis v'aggiunse studj sperimentali per corroborare l' importanza del periostio nella rigenerazione delle ossa, conchiudendo che soltanto mediante quello, l'osso distrutto e levato può venir riprodotto (8). Nella dissertazione del dottor Vincenzo De-Paoli le operazioni sottoperiostee del Larghi sono corroborate dalle osservazioni fatte nella clinica di Genova allora diretta dal professor Botto (9). Il dott. Frusci nella precitata memoria esponendo le

---

(1) Tali appunto sono i metodi da lui proposti per la rescissione e disarticolazione dell' omero dalla spalla, della coscia dal bacino, il taglio logitudinale e perpendicolare delle amputazioni del corpo umano. (Torino 1847 — Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino 1849 V, 1855 XXIII. Gaz. med. de Paris 1857 p. 8).

(2) Ann. un. di Med. 1856 CLVIII 1355.

(3) Bibliogr. ital. delle Scien. med. Bologna 1857 I 188.

(4) Supplem. al Dizionario di Chirurgia del Cooper.

(5) Gaz. med. Stati Sardi 1858 p. 250, 261, 284.

(6) Il Morgagni A. 1858.

(7) Gaz. med. Lomb. 1861 p. 89, 97, 117.

(8) Ann. un. di Med. 1861 CLXXX 509, 1862 CLXXXI 5.

(9) Delle Resecazioni ecc. Genova 1862.

scoperte e gli studj degl' Italiani sulla riproduzione delle ossa in rapporto a quelli degli stranieri ed allo stato attuale della scienza; naturalmente dovea fermarsi a dire del Larghi, delle sue proposte e delle sue operazioni: queste, egli dice, sono il naturale complemento degli studj e delle esperienze di Michele Troja; ed il chirurgo di Vercelli è l'ultimo anello di una catena, di cui il medico napoletano è il primo. Ma questa catena è più lunga ancora, incominciando con Matteo Bazzani (1), il quale nel 1738, e quindi innanzi che uscisse la prima memoria Duhamel sul medesimo argomento, imprese esperienze in parecchi gallinacci per verificare in qual modo le ossa colorivansi nutrendo quegli animali con cibo cui era unita la radice di robbia polverizzata: ed egli non solo vide ciò veramente accadere; ma scoprì quel colore non essere durevole, e l'ossa dispogliarsene, e la loro naturale apparenza ricuperare, ove l'uso della robbia fosse tralasciato: fatto importante che dimostrava la continua permutazione, ed il circolo continuo della materia entro il corpo de' viventi. Nondimeno gli esperimenti del fisiologo bolognese vennero affatto taciuti dagli stranieri, che di nuovo trattarono questo medesimo argomento: e però il nobile sdegno da cui fu compreso il prof. Medici allora che vide dal Flourens dimenticato il suo concittadino (2), noi medesimi, e maggiormente deve commovere, trovando mantenuto uguale oblio nell'Ollivier, che pur ha inteso di fare la storia delle teorie corse nella scienza circa la riproduzione delle ossa. Quando mai cesserà sì ingiusta noncuranza? I gravi obblighi che ha lo storico ed il critico debbon superare le meschine angustie della gelosa alterezza nazionale.

(*Capo* 53.°)

DI ALCUNE ALTRE RESEZIONI DEGNE DI SPECIALE MENZIONE

Alle resezioni operate dai nostri chirurghi, che nel corso dei passati paragrafi vennero rammentate, aggiungiamo alcune altre che per qualche ragione si traggon fuori dal novero delle comuni.

---

(1) De ossium colorandorum artificio per radicem rubiae (Bonon. Instit. Comment. II P. I 129: P. II 124).

(2) Compendio storico della Scuola anatomica di Bologna. Bologna 1857 p. 229.

Il dottor Augusto Spessa, chirurgo in Rovigo, nel 1840 in un giovane che avea la tibia per due terzi cariata, invece di amputare, incise le labbra ulcerate e fistolose delle piaghe esterne, fece due segature lungo ed ai lati dell'osso, le quali convergendo in basso si toccavano ed in alto venivano riunite da altra segatura trasversale; sollevato questo triangolo, che comprendeva tutta la parte malata, e scoperto il canal midollare l'interno ne purgò delle marce. L'osso si rifece della parte perduta e la guarigione fu perfetta (1). Lo stesso chirurgo resecava felicemente due coste in un vecchio quasi ottuagenario togliendo di ambedue un pezzo lungo 4 pollici, e *rispettando la pleura* (2). In un caso di cardialgia prodotta da introflessione di porzione dell'appendice xifoide, la quale urtava contro la parete anteriore e superiore dello stomaco, il dottor Linoli tagliò l'appendice stessa in quel punto dove formava l'angolo ottuso; e qualsiasi disturbo disparve (3). Una gamba tortuosa ed informe venne raddrizzata dal dottor Belli resecando la tibia al terzo inferiore (4). Caduto in necrosi il condilo della mascella inferiore, il Riberi l'estrasse dall'ascesso che si era formato; nondimeno la mascella ricuperò i movimenti estesi liberi e forti come prima (5): questo fatto confermava quanto il Monteggia scriveva nelle sue Istituzioni, parlando della necrosi della mandibola, vale a dire che malgrado siasi staccata quasi tutta la metà della mascella insieme a' processi coronoide e mastoide si fa tale rigenerazione dell'osso, che poco o nulla vi resta di mancante, e la mascella torna a riacquistare quasi perfettamente la sua forma ed i suoi naturali movimenti (6). Questo medesimo buon effetto ottenne il malato a cui il Regnoli estirpò quasi tutta la clavicola divenuta osso morto, disarticolandone il capo sternale: malgrado le non buone condizioni dell'infermo, malgrado che rosa fosse gran parte della pelle nelle regioni sopra e sotto clavicolare, la vegetazione dei bottoni cellulosi e vascolari fu meravigliosa, ed in poco

---

(1) Bullet. delle Scien. med. 1840 X 301.

(2) Ivi p. 304.

(3) Ann. un. di Med. 1842 CXL 245.

(4) Sull'esostosi, sull'osteosarcoma, e sull'incurvamento delle ossa degli arti. Firenze 1830.

(5) Giorn. delle Scien. med. Torino 1843 XVI 282.

(6) Cap. II § 272.

tempo presero consistenza fibrosa da poter tener luogo dell' osso estirpato (1). Nè gran fatto dissimile dall' indicato è il caso di cui fa parola il MALAGÒ di Ferrara nella sua Memoria sopra il risegamento delle ossa (2). L' asportazione dell' intera clavicola venne fatta nel 1835 dal dottor GAETANO MAZZONI di Pisa, e nel 1838 dal professor CARLO BIAGINI di Pistoia: in ambedue i casi trattavasi di necrosi; e gli operati, soggetti scrofolosi e giovani, guarirono facilmente, potendo altresì muovere il braccio (3). Altrettanto poi fece e con pari risultamento il dottor CINISELLI in un giovane di 18 anni, nel quale l' osso era caduto in mortificazione consecutivamente a grave flemmone (4). Il PECCHIOLI nel 1839 resecava e disarticolava il manubrio e parte del corpo dello sterno cariato fin sotto la giuntura della terza costola. Di quest' ardita, sebbene sfortunata, operazione, per la quale fu dato di vedere battere il cuore ed i vasi maggiori sotto la pleura, non v' ha di più che il semplice cenno nel più volte ricordato Prospetto delle operazioni chirurgiche eseguite dal predetto Professore (5): una più ampia relazione se ne legge nel giornale medico il *Progresso*, che stampavasi a Firenze nel 1849; ma anche questa non è sì completa quanto l' importanza del caso meritava. Lo stesso professore REGNOLI estirpava dalla scapola destra un tumore osseo duro quanto l' avorio, per forma e volume consimile a cervelle d' uomo; ed insieme levò la porzione di scapola con cui l'enorme esostosi aderiva, o per meglio dire confondevasi (6). Fra le più fortunate resezioni dell' estremità superiore dell' omero va contata quella eseguita dal CINISELLI su di un fanciullo di 8 anni, al quale tolse circa due quinti dell'intero osso (7);

---

(1) *Metaxa*, Ann. med. chir. A. 1839 I 32. Appunti raccolti dal dottor *Andrea Ranzi*.

(2) Giorn. per servire ai progressi della Patol. A. 1840.

(3) *Aronsshon*, Quelques mots sur l' extraction de deux clavicules entières (Gaz. med. de Paris A. 1840 p. 460). — La clavicola asportata dal Biagini trovasi nel Museo anatomico di Pisa (*Civinini* Indice degli articoli ecc. p. 75). Il professor Alessandrini presentava all'Accademia delle Scienze di Bologna notabile porzione di clavicola necrosata che facilmente venne staccata dall' estremità sternale; in breve tempo la perdita fu riparata, e la clavicola riacquistò l' ordinaria forma e solidità (Rendic. dell' Accad. delle Scienze di Bologna A. 1839 sed. del 31 Novembre).

(4) Delle resezioni dei capi articolari ecc. (Gaz. med. Lomb. 1861 Oss. IV).

(5) Colle 1847.

(6) Lo Sperimentale 1858 II 154.

(7) Gaz. med. Lomb. 1850 n. 24.

e che nulladimeno fatto adolescente poteva benissimo adoprare il braccio nei lavori campestri: aggiungasi pur l'altro dal medesimo chirurgo narrato, nel quale poco meno di un terzo dell'omero fu resecato ad un soldato francese. Il fatto dunque dimostra, dice il CINISELLI, che il braccio può conservarsi ancora vigoroso ed atto al lavoro, sebbene abbia perduto il capo articolare e molta parte della diafisi (1). Con ingegnoso procedimento il professor RIZZOLI rimediava a gravissima ferita della mano prodotta da arma da fuoco per la quale oltre i guasti delle parti molli, un dito era stato divelto, ed altre ossa fratturate; onde che pareva indispensabile l'amputazione. Invece resecato obliquamente il metacarpo del perduto indice, potè avvicinarsi il metacarpo del pollice a quello del medio, e resecato pure alquanto del metacarpo di questo dito medio, che era fratturato trasversalmente, fu dato di accostarne perchè si congiungessero, siccome avvenne, i troncati e superstiti tendini estensori. Con ciò accorciossi il medio presso che quanto è naturalmente l'indice, del quale teneva ancora il posto vicino al pollice; e però la mano sembrava mancante non del secondo dito ma bensì dell'ultimo, serbando forma non brutta e potendo benissimo eseguire i proprj movimenti (2). Il dottor LORENZO BARTOLI praticò pel primo in Italia nel 1856 la resezione del ginocchio: l'operato guariva rimanendogli l'arto servibile benchè accorciato di mezzo palmo (3). Sull'utilità di quest'operazione è noto quanto ancora siano discordi i chirurghi: abbandonata in Francia, appena oggi vi risorge; fautori caldissimi ha invece in Inghilterra, meglio essendo avere una gamba ed un piede di carne e sangue per quanto rimanga accorciato, o si arresti nel crescere, scrive il FERGUSSON, che

---

(1) Ivi 1861 p. 89. — Il dottor Asson ad un giovane gondoliere resecava buona porzione (13 centimetri) del capo e della diafisi dell'omero: l'osso essendo stato rotto sotto l'inserzione del deltoide, il braccio non può essere alzato nè molto allontanato dal tronco; nondimeno esso abbastanza serve per adoprare il remo (*Asson*, Mem. chir. Venezia 1868 p. 125 dal Giorn. Veneto Scien. med. A. 1867-68).

(2) Sezione sottocutanea del tendine d'Achille in alcune fratture delle gambe, e particolare resecazione metacarpiana (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1851 III 417).

(3) Raccoglit. med. di Fano XVI 35 « — Risecazione del terzo inferiore del femore e della rotula eseguita con felice esito ». — Il medesimo dottor Bartoli avea già parecchi anni prima (A. 1847) fatta altra resezione del femore vicino al ginocchio, con esito egualmente felice (Giorn. med. di Roma 1869 p. 199).

un moncone di coscia con un sostentacolo di legno (1). Se non che per decidere la questione occorre non solo valutare qual utile servigio possa prestare il membro che si conserva, ma anche quanto costi tale conservazione, e con quali rischi si ottenga. Il professor Vanzetti resecando in un giovane contadino i capi articolari del ginocchio sinistro, potè conservare la rotula, che anche rimase mobile, rimediando all'accorciamento della gamba, d'altronde gagliarda e di bella forma, con una suola alta tre dita trasverse. Bastava invece alzare di un dito la suola, perchè il fanciullo, a cui lo stesso chirurgo tolse tra femore e tibia sei centimetri di sostanza ossea, potesse speditamente camminare e correre (2).

Circa i risegamementi dell'arto inferiore noteremo il processo di resezione del calcagno immaginato dal dottor Carlo Busi, chirurgo in Bagnacavallo, affinchè la cicatrice cada all'ingiro del tallone; laddove che, cadendo la cicatrice medesima nel mezzo della pianta del piede, come ne' processi ordinarj, l'operato soffre continui dolori poggiandovi sopra nel camminare (3).

Il dottor Bottini molto si è occupato dello sgusciamento delle ossa, e de' modi di renderlo più agevole (4): egli estraeva in due volte l'intero osso della fronte guasto dalla necrosi; dopo 2 mesi l'operato era perfettamente guarito, e sul luogo della parte levata sentivasi un tessuto sodo, resistente a guisa di cartilagine (5).

Importanti tanto per la fisiologia, quanto per la patologia delle ossa sono le estrazioni fatte dal Prof. Gallozzi dell'intiero radio e della diafisi del perone: l'osso novello venne tratto fuori mediante la resezione sottoperiostea, e l'osso necrosato incassato nel primo mediante la sottossea; il pezzo levato si riprodusse per la seconda volta mercè del periostio (6).

---

(1) Lectures on the Progress of Anatomy and Surgery. Londra 1867 p. 150.

(2) Communications à la Société de Chirurgie. Paris 1868 p. 102. — Archivio di Chir. prat. 1868 V 235, 266.

(3) Bullet. delle Scien. med. 1862 XVIII 321.

(4) Dello svuotamento delle ossa nella carie (Giorn. di Anat. e Fisiol. patol. 1865 p. 365 e 387. — An. un. Med. 1864 CLXXXVII 355, CCI 28).

(5) Ann. un. di Med. 1867 CC 290.

(6) Il Morgagni 1867 p. 431, 438.

Il Prof. Pugliatti di Messina instituiva un paragone fra le resezioni delle grandi articolazioni e le amputazioni: le sue conclusioni sono più a quelle che a queste favorevoli (1). Fra i nostri chirurghi, che ebbero a curare i feriti nelle memorabili battaglie del 1859, il Paravicini senza dubbio più spesso degli altri si giovò delle resezioni (2). Il Palamidessi non vorrebbe che resezione si facesse quando diatesica sia la malattia delle ossa, p. e. scrofolare o cachettica; parendo a lui che in tal modo non si faccia che *sfiorare* la malattia, che poi naturalmente ripullula nelle parti limitrofe a cagione delle superstiti disposizioni, se non per un vero reliquato d'infermità. Ma se prendiamo a rigore il concetto di *diatesi,* anche l'amputazione di tutto l'osso non mettrebbe al sicuro della recidiva del male. Vero è bensì quanto poco dopo lo stesso autore soggiunge, e cioè che grazie ai progressi della patologia e della terapia chirurgica, grazie all'igiene, alla miglior dietetica, alla più adatta posizione ed immobilità delle parti molte malattie delle ossa e delle articolazioni a *fondo diatesico scrofoloso,* vanno sempre più guarendo; di guisa che come va scemando la dolorosa indicazione per l'amputazione, così pure sensibilmente decresce quella del resecare (3).

---

(1) Saggio di un paragone fra le resezioni e le amputazioni ecc. Messina 1866.

(2) Nella sua relazione troviamo in fatti ch' egli eseguì 7 resezioni comuni, e 2 sottoperiostee tutte con felice risultato (L'Ospitale militare ecc. In: Ann. un. di Med. 1860 CLXXI, CLXXII, CLXXIII).

(3) Insegnamenti di Chirurgia pratica. Firenze 1869 p. 95.

IV.°

MALATTIE DELLE REGIONI, ORGANI ED APPARECCHI

A. — TESTA E SPINA

(*Capo 54.°*)

FERITE DEL CERVELLO, FRATTURE DEL CRANIO

Diceva il Signoroni, trattando delle ferite con perdita di sostanza, che il perfezionamento della fisiologia del cervello deve attendersi principalmente dai chirurghi; perciocchè a costoro tocca esporre quelle lesioni della teca del cranio e degli organi che vi stanno chiusi, le quali per essere primitive ed effetti di esterne violenze, e per cadere sovra parti fino allora integrissime, producono soltanto que' fenomeni che dipendono dal punto offeso (1). Teneva quel clinico due essere gli effetti proprj delle lacerazioni del cervello: uno l'estinzione di quella funzione, cui la parte di cervello lacerata presiede; l'altro un certo grado d'intorpidimento dell' irritabilità generale. Contro poi l'opinione del Bouillaud e del Finella allora molto in onore (cioè le funzioni di prim' ordine, o *spirituali*, eseguirsi dalle parti superiori ed anteriori del cervello, le inferiori dalle parti più basse e posteriori del medesimo), faceva osservare che i fatti da lui raccolti ed esaminati se non provavano in modo assoluto essere profonda entro il cervello la sede delle funzioni *spirituali*, provavano direttamente ed *a priori* « che la funzione del moto muscolare e quelle vegetabili della nutrizione e dell' esalazione, si eseguiscono o per lo

(1) Sulle ferite di cervello con perdita di sostanza (Ann. un. di Med. 1828 XLVII 321, XLVIII 26,225, 1829 XLIX 84).

meno si perfezionano negli strati superiori degli emisferi del cervello ». Opinione singolare, che dal fatto della grande tolleranza del cervello nel sostenere ferite gravi anche con perdita di sostanza ha in parte confermazione. E di tali fatti la scienza ne possede buon numero: fra i parecchi raccolti dai nostri chirurghi che potremmo annoverare, citiamo come maggiormente singolari quelli esposti dal Mazzola (1), dal Mercogliano (2), dal Pantaleo (3), dal Ciniselli (4), dal Pagello (5), dallo Scarpari (6), dal Corradi di Iesi (7), dal Carminati (8). Il caso narrato dal Prof. Cortese ha il pregio grandissimo rispetto ai consimili della precisa dichiarazione anche dei fenomeni subbjettivi, in grazia della imperturbabilità dello stesso ammalato, uomo istrutto e di colto intelletto, ch'egli mantenne in mezzo ai patimenti ed al pericolo della vita. La palla, poichè la ferita fu prodotta da arma da fuoco, rimase dentro il cranio e probabilmente (dopo aver attraversata la circonvoluzione detta *operculum* nella sua estremità posteriore, la massa midollare dell' emisfero per disotto al corno posteriore del ventricolo e qualche provincia dell' apparato del corpo calloso; come si potè inferire dalle ripetute osservazioni e dalle prove fatte sui cadaveri) fermossi sul tentorio, trattenuta dalle aderenze della pia meninge con quel raddoppiamento della dura madre. Questo caso poi serve luminosamente a confermare: che le ferite del cervello anche profonde sono sanabili; che possono portare ragguardevoli alterazioni di funzioni, senza che siano pervertite le facoltà dell' intelletto; che anche le funzioni della vita di relazione sconvolte o sospese da una ferita possono essere felicemente restituite nell' integrità di prima (9). Singolare il fatto narrato dal Dott. Galli

(1) Ann. un. di Med. 1827 XLIII 39: 1833 LXVII.

(2) Osservat. med. di Napoli 1829 p. 5.

(3) Il Severino, Giugno 1834.

(4) Ann. un. Med. 1844 CX 284.

(5) Memoriale della Medic. contemp. 1840 IV 402.

(6) Ivi 1848 XIX 249.

(7) Gaz. med. Toscana 1851 p. 269.

(8) Gaz. med. Lomb. 1855 p. 237. — Veggasene pure un altro caso nel *Rendiconto della Guardia chirurgica* del Dott. Agostino Barbieri (Milano 1870 p. 25).

(9) Ann. un. di Med. 1850 CXXXV 225. Morto 19 anni e mezzo dopo il predetto ferito, trovossi che il projettile occupava veramente lo spazio compreso fra la base della rocca petrosa, la protuberanza del canale semicircolare, ed il tentorio che vi corrisponde. Per tal modo la storia del Prof. Cortese va contata fra le più complete che la scienza possegga circa le ferite del cervello, e le loro sequele (Lo Sperimentale 1870).

di una porzione di stilo rimasta infitta per 14 anni nel cervello di un uomo, senza dar segno di offesa delle azioni mentali (1); e così pure l'altro ricordato dal Prof. Brcci di un ago lungo un pollice e sei linee con punta acuta, che fu trovato attraversare a perpendicolo il setto falciforme della dura madre: l'uomo, che portava probabilmente quest'ago fin dalla nascita, era robusto granatiere morto di 45 anni, nè mai aveva mostrato disordine nelle funzioni del cervello (2). Lo stesso fu in quel caso di cui il Prof. Vanzetti alla Società anatomica di Parigi narrava la storia, cioè di enorme cisti ossea, che sorgeva da tutta la parte laterale destra del capo, ed avea distrutto la base del cranio (3).

La dottrina del Bouillaud, che all'organo legislatore della parola dava per sede i lobi anteriori del cervello, oltre che dagli anatomo-patologi e dai medici, anche dai chirurghi fu presa in esame; il Dott. Asson fra gli altri la combatteva in una dissertazione letta al Congresso di Genova (4). Risuscitata testè la medesima quistione, ricercando donde abbia origine l'afasia, v'ebbero sostenitori ed avversarj: tra questi il Namias, il Berti, il Vigna (5), tra quelli il Brugnoli; il quale peraltrò non giunge ad abbracciare l'opinione di Dax e Broca, che l'organo regolatore della parola abbia esclusiva sede nell'emisfero sinistro; chè anzi egli adduce un fatto da lui osservato che tale opinione contraddice (6).

---

(1) Miscellanee medico-chirurgiche di Pisa A. 1844.

(2) Notizie di pezzi patologici del Museo dell'Archiospedale di Roma. Roma 1835 p. 9. — Il Dott. Pietro Ruggiero narra che sezionando la testa di un uomo di circa quarant'anni trovò che la punta d'un coltello, larga un pollice e lunga due, infitta nell'arco sopracigliare destro, l'avea trapassato: la ferita era avvenuta da parecchi anni, senza che verun indizio di turbamento cerebrale fosse apparso (Elem. di Chirurg. medica. Napoli 1803 II 30.)

(3) Bulletins de le Société anatomique A. 1844.

(4) Giorn. per servire ai progressi della Patol. Gen.° 1847. Vedi anche nel Rendiconto dell'Accad. med. chir. di Ferrara per gli anni 1846-49 la memoria del Prof. L. Buzzoni « Frattura delle ossa del cranio con superstite depressione delle medesime, senz'alterazione delle facoltà intellettuali » l'altra nella Gaz. med. di Lombardia (A. 1849 p. 97) del Dott. Mosè Rizzi. « Rammollimento parziale di un lobo anteriore del cervello con perdita della loquela » seguita da altre osservazioni contrarie alla dottrina del Bouillaud del Dott. Strambio.

(5) Giorn. veneto delle Scien. med. Serie III T. I, II. IV VI. — Gaz. med. Prov. Venete 1865 p. 352.

(6) Brugnoli G., alcuni fatti patologici in appoggio alla dottrina che ammette la sede dell'organo della parola nella parte anteriore degli emisferi cerebrali (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1866 V).

I patologi ed i pratici hanno sempre con particolare attenzione considerato gli ascessi, che formansi nel fegato consecutivamente alle ferite e ad altre offese del capo. È merito di parecchi anatomici e chirurghi italiani del secolo passato, e soprattutto del Molinelli, di aver mostrato che tali suppurazioni non si manifestano soltanto nel fegato, bensì in altri visceri ancora e particolarmente ne' polmoni (1): il Molinelli, come gli fa lode il Morgagni, *rem sibi prius accurate observandam, quam explicandam esse, censuit* (2). E la spiegazione tentata dal Bertrandi è certamente più ingegnosa che vera, perciocchè ei supponeva un disordine della circolazione, che anche se vero, non avrebbe dato ragione se non dell' apostema nel fegato (3). Presso il Monteggia noi troviamo quanto in seguito diceva il Boyer intorno quest' argomento, salvo che il chirurgo milanese teneva la metastasi per la cagione più comune di cotesti ascessi, niuna dottrina invece abbracciando il francese. La metastasi del Monteggia non era salto d' infiammazione dalla testa ai visceri del petto o del ventre, bensì trasporto della materia purulenta da una in altra parte; e con ciò egli si accostava alla dottrina più moderna della flebite e dell' infezione purulenta (4).

Il nostro Michelangelo Grima, protomedico de' Cavalieri di Malta, ottenne il premio per la soluzione del quesito intorno le ferite del cranio per contraccolpo proposto un secolo fa dall' Accademia di Chirurgia di Parigi: ponendo il principio della disuguaglianza di resistenza delle diverse parti che compongono il cranio (principio adottato in seguito dal Boyer) il Grima, meglio che con le teoriche di Saucerotte, di Saborraut e di Chopart dedotte da astratti principj geometrici, metteva sulla via per intendere la possibilità delle fratture indirette, ed insieme come sia che le medesime sì di rado avvengano (5); ciò che poscia l'Aran dovea egregiamente mostrare in

---

(1) Comment. Instit. Bonon. II P. II 159.

(2) Epist. anat. LI § 22.

(3) Mèm. sur les abcés du foie qui se forment à l' occasion des plaies de la tête (Mém. de l'Acad. de Chir. III 484).

(4) Instit. Cap. IV § 476-478.

(5) « Le crâne étant frappé dans un point, il est possible qu' il se casse dans un autre, par la raison de la resistance du point frappé, et de la moindre résistance des parties circonvoisines ou des parties opposées. Les faibles cédent, et les fortes résistent, rélativament à la direction du coup (Mém. sur les contre-coups dans les lésions de la tête. In: Mém. sur les sujets proposés pour le prix de l'Acad. Roy de Chirurgie. Paris 1778 IV P. I 240).

una dissertazione, la quale non ha altra pecca in fuori di quella di dubitare soverchiamente che si diano davvero fratture indirette, per modo che quasi affatto le nega.

Lo stillicidio di un umore acquoso dall' orecchio è considerato come sintomo di molto valore nelle fratture della base del cranio: il Laugier, che pel primo fra i moderni dedicò particolare studio intorno quest' accidente, lo dava per segno di frattura della rocca. Ma il Fedi di Pistoja in due casi da lui osservati, e de' quali potè fare dopo tre anni l' esame anatomico, i soggetti che quello scolo manifestarono essendo morti per altra malattia, non trovava che lacerazione della membrana del timpano, sconnessi gli ossetti dell' udito con frattura della staffa: ned è facilmente credibile che, se rotta si fosse la rocca, questa si sarebbe in tale tempo così saldata da non lasciare scorgere veruna traccia dell' offesa patita. Delle varie opinioni intorno l' origine di cotesto liquido, il Dott. Fedi abbracciava quella che tiene il medesimo non essere altro che la linfa del Cotugno tracolata non già per frattura del laberinto, come disse il Marjolin, ma semplicemente per la finestra ovale dischiusasi col rompersi della staffa. Il liquido, raccolto mentre stillava in molta copia dall' orecchio dei malati del Fedi, non conteneva punto, siccome in altri casi è stato osservato, albumina; ciò che pare non potrebbe essere se venisse dato dal siero del sangue. La sola rottura della membrana del timpano non potrebbe, osserva il nostro autore, dar uscita al liquido cefalo-rachidiano; neppure il divaricamento dei frammenti della dura madre, tenacissima e provveduta di molti rinforzi nel perimetro della rocca; ma sarebbe necessaria la lacerazione dell' aracnoide viscerale, la quale nè facilmente lacerasi, nè agevolmente si scompagna da lesioni più gravi del cervello. Nel secondo caso esaminato dal Fedi il gemitìo si manifestò subito senza commozione cerebrale e senza segni di stravaso sanguigno. L' autore per risolvere l' obbjezione della molta quantità dello stillicidio in confronto della massima piccolezza della cavità da cui deriva, dice che la secrezione aumenta per diminuita pressione, e in questo caso diminuirebbe la pressione a cagione dell' uscita dell' umore del laberinto; la membrana secernente non potendo avvizzirsi per essere aderente all' apparecchio osseo. Egli poi propone un' esperimento per determinare le condizioni patologiche, alle quali riferisce lo stillicidio acquoso nella più parte dei casi, specialmente di quelli accompagnati da

sconcerti lievi e susseguiti da *sollecita guarigione*, come i due da lui osservati. L'esperimento sarebbe di perforare la membrana del timpano e fare successive trazioni sulla catena degli ossicini (1). Ma contro quest'ingegnosa spiegazione sta il fatto, che l'umore predetto può escire eziandio dal naso fratturata essendosi la lamina cribrosa dell'etmoide, o la piccola ala dello sfenoide, siccome dal Robert venne osservato. Per altro l'analisi dell'umore colato dall'orecchio di un pericolato veduto dal Dott. Mezzini, mostrerebbe la composizione del medesimo meno lontana di quanto generalmente si crede da quella del siero del sangue, poiche non privo di albumina (un decimo per 0|0). E però lo stesso Dott. Mezzini è d'avviso che il siero del sangue *spoglio in parte dei materiali che vi esistono sospesi o sciolti*, sia la sorgente del gemitìo auricolare sieroso susseguente alle percosse del capo: siero che sorte direttamente dai vasi sanguiferi e non già spremuto da uno stravasamento di sangue prima formatosi. Egli quindi abbraccia l'opinione di Laugier, Chassaignac, ecc. con questa differenza che non ammette una sola condizione patologica, ma ogni altra la quale *permetta che direttamente il siero si separi dalla massa sanguigna* (2). Non pertanto lo stesso Mezzini, riferendo un caso di stillicidio sieroso osservato dal Prof. Rizzoli, notabile per ciò che il gemitìo tardò 9 mesi a manifestarsi dopo la violenza sofferta al capo; dice essere ragionevole ritenere col suddetto Professore, che tale scolo provenisse dal liquido cefalo-rachidiano, a cui era stato possibile nel lento andamento del male formarsi una via d'uscita (3). Pare quindi che lo stillicidío di umore sieroso possa da diverse fonti provenire; ma probabilmente la comune è quella del liquido cefalo-rachidiano. Il Vaccà, secondo che narra il Betti già suo discepolo, ebbe opinione che quel colamento fosse formato dalle lagrime, che per la tuba eustacchiana passavano nella cavità del timpano, donde uscivano, trovando rotta la di lui membrana, per il condotto uditivo esterno. A questo pensiero lo movevano due cose: la salsedine dell'umore che avea

---

(1) Gaz. med. Tosc. A. 1850. — Ann. un. di Med. 1858 LXIV 225 « Intorno allo stillicidio acquoso per l'orecchio, seguentemente alle percosse della testa ».

(2) Sullo stillicidio sieroso per l'orecchio consecutivo alle percosse sulla testa. Storie e riflessioni (Bullet. Scien. med. 1861 XVI 14).

(3) Ivi 1860 XV 75.

tutta la composizione delle lagrime, ed il non colare di esso che quando l' infermo giaceva supino (1).

Ma lasciando da parte la strana supposizione del clinico di Pisa, val meglio ricordare il singolarissimo fatto osservato dai Prof. Rizzoli e Taruffi, cioè di umore acqueo, talora sanguigno, che a guisa di zampillo improvvisamente usciva di tempo in tempo dapprima e poscia ogni giorno, dall' uno e dall' altro orecchio, ma più spesso dal destro che dal sinistro, di una fanciulla di sett' anni, nella quantità di 40 in 50 grammi per volta. Dopo un anno e mezzo cessò qualsiasi flusso senza che niuna cagione, siccome quando apparve, se ne conoscesse. La fanciulla godeva buona salute, ne pativa difetto nell' udito: il liquido subito che venuto fuori dell' orecchio mostrava di contenere numerose crittogame filamentose ; il calore e gli acidi non vi formavano precipitato, bensì una lunga soluzione di potassa (2).

Esempio di molteplici fratture, non che del cranio, della faccia ancora, persistendo nulladimeno la vita parecchi giorni, ci porge quel giovane sgraziato che cadde dal campanile di San Marco in Venezia, e del quale il Dott. Asson diede accurata relazione, facendo insieme notare, che. sebbene fossero gravemente offesi i lobi anteriori. non v' ebbe impedimento alla loquela: nel delirio l' infermo parlava liberamente, e talora alle domande rispondeva a segno (3). Del pari, malgrado che il cranio fosse rotto in più parti e porzione del cervello protrudesse dal condotto uditorio, più di una settimana sopravviveva il pericolato, a cui il Dott. Torracchi, per rimediare ai sintomi di compressione prodotta dal depresso parietale, faceva con manifesto sollievo la trapanazione (4). Degno di nota sì per le molte e diverse offese, come per l' esito felice e per il metodo di cura adoperato è pure il caso riferito dall' Andreini. Un cocchiere cadendo dall' alto tra le ruote di due carrozze ebbe fratturata la mascella inferiore nella sinfisi e nell' angolo sinistro, rotta comminutamente la volta palatina ed i margini superiori della mascella supe-

---

(1) Il Tempo 1858 II 478.

(2) *Taruffi*, Compendio di Anatomia patologica. Bologna 1870 p. 759.

(3) Gaz. med. Toscana 1852 p. 393.

(4) *Spongia*, Comment. di Medic. IV 1837 218.

riore del lato parimente sinistro, eguale frattura delle ossa nasali e delle altre della faccia con ferita laceratissima del labbro superiore. Riunita la ferita mediante la sutura, e ricomposto metodicamente lo spostamento delle ossa, fu fatta una congrua fasciatura e messo in corso il metodo antiflogistico, sopravvenendo nel quarto giorno sonnolenza, vaniloquio, delirio ecc. Vennero pertanto fatti quindici salassi, gli ultimi de' quali non minori di mezza libbra, e molte sanguigne locali (1).

Il discorso delle fratture del cranio ci trae naturalmente a dire della trapanazione e delle contingenze, che indicano questo modo di cura. Per altro innanzi di entrare in tale argomento siami lecito di ricordare come il nostro LANFRANCO si giovasse della percussione e dell' ascoltazione per istabilire se rotte o no siano le ossa della testa « Percutiatur caput (quegli dice nella sua *Cyrurgia Parva*) cum levi baculo sicco de salice vel de pino: et pone aurem tuam apud caput: et si sanum est os: tunc audies sonum sanum. Si fractum aut scissum: audies sonum mutum suam comparationem factam a campana sana ad campanam scissam: neque confidas in expectando signa bene comedendi: dormiendi: assellandi: et similium: de quibus Rolandus et Rogerius dicunt quia sunt fallibilia (2) ». Niuno ch' io sappia di coloro che hanno cercato le vetuste origini dell' ascoltazione han fatto parola di quest' importantissimo passo del chirurgo milanese, e nemmeno il NIEMEYER nel diligente suo Manuale *vom historischen und kritischen Standpunkte bearbeitet* (3).

(*Capo 55.°*)

TRAPANAZIONE

I nostri chirurghi del principio del secolo erano poco disposti a servirsi del trapano per evacuare gli umori travasati consecutiva-

(1) Prospetto della Clinica chirurgica esercitata dal 1 Luglio 1828 a tutto Giugno 1829. Firenze 1829.

(2) De vulnere capitis cum fractura cranei Cap. VII In: Cyrurgia Guidonis de Cauliaca ecc. Venetiis 1498 f. 161 verso.

(3) Handbuch der theoretischen und klinischen Percussion und Auscultation. Erlangen 1868.

mente ad offese del capo: le riflessioni del Morgagni, le obbjezioni del Desault ne li trattenevano. Diceva il Flajani: « So benissimo, che in molti casi l'aver differita la trapanazione in sequela di stravaso di sangue ha costato la vita a molti infermi; ma debbo altresì confessare secondo la mia pratica, che ho veduto guarire molti malati senza la trapanazione, sebbene fosse questa indicata dalla qualità dei sintomi, che accompagnavano la ferita (1) ». Invece egli raccomandava la terebrazione, come unico mezzo per allontanare l'immediata cagione de' sintomi mortali, allorchè fosse manifesta la depressione dell'osso (2). Lorenzo Nannoni sentenziò di rado essere utile tale operazione, e solamente giudicolla di qualche vantaggio quando alcuna scheggia ossea punga le meningi ed il cervello, nè in altro modo possa venire rimossa: tentabile pur anco la stimava nell'ostinato dolore ostescopo, giacchè in un caso con buona fortuna l'avea sperimentata (3). Il Vaccà, fin da quando pubblicava le sue riflessioni sull'opera di Bell (4), limitava la pratica del trapano a ben poche occorrenze, cioè nella frattura con depressione ed anche nello stravaso, posto che l'uno e l'altra sian messe in chiaro da sintomi certi e non equivoci: nel qual giudizio egli si raffermava dopo che per due volte, essendovi i sintomi più spiegati di stravaso marcioso, il trapano gli fece mala prova (5). Favorevole invece all'uso del trapano fu G. Sografi, il quale anche raccomandava l'antica pratica, rinnovata dal Bellost, della piccola perforazione « nelle ossa scoperte e nelle contuse, come anche all'occasione delle picciole fessure, purchè però non siavi verun contrassegno di effusione di sangue, soffermato al disotto del cranio, per il quale diverrebbe inutile affatto qualunque chirurgica industria, la quale non procurasse primieramente pronta evacuazione al medesimo (6) ». Contro il suo solito, il Monteggia non

(1) Collez. d'osservaz. IV 274.

(2) Ivi p. 271.

(3) Trat. di Chir. Siena 1786 p. 132. — *Mazzoni*, Discorso accad. in lode del Prof. Lorenzo Nannoni p. 15. — Il Dott. Sante Ricchi, discepolo del predetto Nannoni, adoprò felicemente il trapano in un caso di frattura con depressione dell'osso parietale destro. (Lettera contenente la osservazione su l'esofagotomia ecc. Assisi 1797 p. 28).

(4) Pisa 1793 P. I 74.

(5) *Betti*, Note alla storia delle operaz. chir. dello Sprengel I 57.

(6) Mem. diretta a determinare il metodo della cura nella frattura delle ossa del cranio ecc. (Saggj scientif. e letterarj dell'Accad. di Padova III P. II 40).

esaminò le indicazioni proprie del trapanamento, bensì le indicò semplicemente ne' termini più generali: alzare le depressioni, evacuare gli umori travasati. Dall' insieme per altro traspare che alla terebrazione egli fosse meno contrario di quello, che generalmente si mostrassero allora i chirurghi in Italia (1). Ma, qualunque fosse il pensiero suo in proposito, certo è che ne' primi trent' anni del secolo il trapano assai rare volte venne tra noi adoperato; onde che è notabile che il Riberi ne' suoi Elementi di Terapeutica operativa, pubblicati nel 1834, non consentisse nella proscrizione a cui il Desault e la sua Scuola aveano quello strumento condannato. Se non che, per vero dire, la trapanazione in Piemonte più che altronde mantenevasi in certo credito, il Rossi, il quale pur tenne scuola, avendola raccomandata con molto calore nel suo trattato delle operazioni chirurgiche (2). Aggiungasi che Giuseppe Giacinto Buzani, voltando dal francese in italiano il trattato del Rouhault sulle ferite al capo, aggiungeva un' *iconologica sposizione, ove i migliori strumenti per trapanare il cranio sono nella loro grandezza naturale rappresentati* (3). Il Dott. Scortegagna nel 1838 dava fuori un' opuscolo per dimostrare la necessità di trapanare il cranio nelle effusioni, ossia negli spandimenti cerebrali sanguigni o sierosi, ancora quando non si renda visibile alcuna offesa all'esterno (4): se non che il lavoro, mediocre e compilatizio, non poteva spingere i chirurghi ad un' imprendimento da cui molte ragioni, e gravi autorità li distoglievano. Di lì a poco il Signoroni, esponendo alcune rare operazioni sul capo eseguite nella clinica chirurgica di Padova, annunziava aver egli messo per massima e norma nella scuola « convenire la trapanazione in ogni e qualunque caso di frattura complicata con apparato di compressione, e convenire operare sollecitamente prima che comparisca in scena l'altro consecutivo apparato, quello cioè dell' infiammazione (5) ». Ma il precetto, oltre che non ben definito, avendo il medesimo vizio, e maggiore ancora di quello che al Petit era stato rimproverato, niun valore traeva dalla

---

(1) Istit. Cap. IV § 488.

(2) Elém. de Médec. opérat. II 42.

(3) Torino 1773.

(4) Ann. un. Med. LXXXVIII 241.

(5) Ivi 1840 XCV 15.

pratica di chi lo proponeva, questa essendo stata sventuratissima. Non pertanto l'uso del trapano veniva dove ripreso, dove maggiormente allargato, e non di rado con buona fortuna, siccome nei casi del Cavara (1), del Viti (2), del Bresciani de Borsa (3) ecc.; il quale nel 1837 si giovò del trapano per forare l'osso della fronte poco sopra l'orbita sinistra, ed estrarne una palla di fucile da 20 e più anni penetratavi (4). Fortunato pure fu il Sabattini, chirurgo in Imola, nell'adoperare il trapano in due casi di frattura del cranio con affossamento dell'osso rotto, ed in un terzo di osteosarcosi del parietale (5). Più di qualsiasi altro fu il Pecchioli proclive ad usare della trapanazione; nel Prospetto infatti delle operazioni chirurgiche da lui eseguite in 16 anni, troviamo che altrettante volte si servì di quella ne' varj casi di fratture, carie, esostosi, necrosi e funghi osteo-sarcomatosi del cranio, e della dura madre (6); ma con qual frutto non è indicato che per un caso, veramente memorabile, pubblicato nel Nuovo Giornale dei Letterati di Pisa. Per estirpare un vasto tumore, *fungo canceroso*, che cert' uomo aveva sul sincipite destro e radicato nella dura madre, quell'ardito chirurgo, recisa prima la porzione di tumore fuori protuberante dalla corrosa parete del cranio, applicava tre corone di trapano (una distante poche linee dalla sutura coronale, l'altra vicino alla sagittale dove si congiunge colla lombdoidea, la terza presso l'angolo posteriore inferiore del sincipite stesso) e ne riuniva i fori levando con le tanaglie incisive le porzioni intermedie di osso. L'ampia apertura triangolare comprendeva giusto i limiti del tumore; il quale in due punti per non breve tratto era così aderente con la dura meninge da formare un sol corpo, e da non poter essere distaccato che lasciando scoperta la sottoposta aracnoide. L'ammalato quattro mesi dopo l'operazione, fatta alla fine di Luglio del 1835,

---

(1) De cranii terebratione feliciter instituta V.ª Idus Jannuari anno 1840 (Novi Comment. Instit. Bonon. 1843 VI 207).

(2) Atti del Congresso di Firenze A. 1841. — Caso di depressione delle ossa e stravaso sanguigno.

(3) Saggj di Chirurgia p. 70 — Atti del Congresso di Padova. — Fruttura con depressione. — Necrosi del frontale.

(4) Saggi cit. p. 72.

(5) Sull'utilità del trapano nelle lesioni del capo. Imola 1847.

(6) Prospetto di operazioni chirurgiche ecc. Colle 1847 p. 12.

era perfettamente guarito con robusta cicatrice, e tale mantenevasi anche dopo due anni e mezzo (1). Il Dott. Riboli volle mettere in onore la terebrazione come rimedio ne' dolori fissi del capo: ei non ottenne questo benefizio nella pazza da lui curata, bensì potè confermare quella non essere operazione sì grave come si crede, neppure essendo stata seguita da febbre (2). Ma dalla tolleranza de' mentecatti per le lesioni violente, non è lecito inferire che altrettanto debba succedere nelle comuni evenienze; e di ciò vedremo meravigliosi esempj discorrendo delle ferite addominali. Parimente se il chirurgo non sarà facile ad imprendere la trapanazione quando soltanto da sintomi subbjettivi fosse suggerita, molto più dovrà andar cauto allora che, per causa della turbata ragione del paziente, sia da temere che il lamentato dolore possa essere simulato, immaginario od esagerato. Molto rilevante è il caso di trapanazione operato nel 1858 dal Prof. Palasciano sovra la sutura sagittale per dare uscita allo siero raccolto dentro una cisti che avea corrosa la teca ossea, e così compressi i due emisferi cerebrali da produrre un avvallamento capace di contenere il pugno di piccola mano. Molti e gravi erano i patimenti dell'infermo: fatta la trapanazione scomparivano le vertigini, le convulsioni cessavano, e ritornava l'odorato; persistette invece l'amaurosi, contro cui riuscì inefficace anche la corrente elettrica. Dopo cinque mesi la ferita era chiusa; ma nel tempo in cui durò la cura, si dovettero estrarre piccole idatidi, pezzi di membrana, e di osso mortificato (3) Ad un giovane epilettico sin dall'infanzia, e dappoichè ebbe rotto il frontale, il Prof. Rizzoli con una corona di trapano recideva il bernoccolo su quell'osso formatosi, e che manifestamente era causa del brutto malore: allorquando cotesto fatto venne comunicato all'Accademia delle Scienze di Bologna, le convulsioni, che prima erano frequentissime, da sette mesi non erano più apparse (4). In quest'occasione il Rizzoli ricordava parecchi esempj per mostrare che il cranio può non solamente tollerare che, per ef-

---

(1) T. XXXVI p. 39 A. 1838.

(2) Atti del Congresso di Napoli.

(3) Caso di terebrazione per echinococchi del cranio felicemente riuscito ecc. (Archiv. di Chir. prat. A. 1867).

(4) Terebrazione del cranio in un epilettico (Mem. dell'Accad. delle Scien. di Bologna 1868 VII).

fetto di morbo o per opera d'arte chirurgica, buona porzione delle sue ossa gli sia tolta, ma eziandio, riparare la grave offesa. Così è che l' uomo, a cui il Dott. Consolini levava presso che tutto il parietale destro infranto da arma da fuoco, guariva, malgrado che anche il cervello fosse stato perforato, e ferita l' arteria meningea: la quale, fattasi aneurismatica, riprendeva le naturali dimensioni, mercè della compressione intermittente sulla carotide primitiva. Guariva pure il giovane da cui il Dott. Ceccarelli, eseguita la trapanazione, toglieva vasta porzione dell' osso parietale fratturato e depresso (1); ed egualmente il soldato, curato dal Dott. Resilli, divenuto paralitico nel lato destro a cagione della compressione fatta sull' encefalo da una scheggia della lamina vitrea del parietale sinistro ferito nella parte superiore da arma pungente (2). Nel secolo passato il Tacconi di Bologna, che pure arditamente adoperò il trapano nelle fratture del cranio, vide in una giovane riprodursi la maggior parte della calvaria stata distrutta dalla cangrena (3): contraria sorte ebbe l'infermo del Dott. Betroli di Parma; ma non perciò meno importante è il caso, di cui ecco un cenno. Ad un vecchio settuagenario, che mai aveva patito d' artrite, di sifilide o d' altro morbo, consecutivamente a dolori fierissimi nelle tempia e specialmente lungo la sutura coronale, apparvero segni di scorbuto con incompescibile salivamento: quindi protuberanze sul cranio, ulcerate le quali, le intiere ossa parietali ed il coronale caddero in breve tempo disfatte nello stesso modo che si sgretola dalle umide muraglie l' incalcinatura. Sparvero allora del tutto i dolori, ma con la tabe venne la morte (4).

Al trapano furon fatte, come per solito agli strumenti chirurgici, diversi mutamenti e correzioni; ma se della maggior parte può ta-

---

(1) L' Ippocratico A. 1866 IX 29.

(2) Giorn. di Med. milit. 1863 p. 833. Ecco alcuni altri casi, ne' quali la trapanazione fu utilmente adoprata. — *Roncoroni*, Frattura delle ossa del cranio con depressione dei frammenti, sopore e paralisi: immediata trapanazione e guarigione in quattordici giornate (Gaz. med. Lomb. 1848 p. 97). — *Bottazzi*, Frattura del cranio con depressione ed accavallamento delle ossa, seguita da estinzione apparente della vita: guarigione completa mediante la trapanazione (Gaz. med. ital. Stati Sardi 1850 n. 2. — Relazione del Dott. Solaro. — *Consolini Francesco*, Trapanazione del cranio per frattura con depressione (Gaz. med. Tosc. 1850 p. 73).

(3) *Fabri*, Raccolta di opuscoli sull' intensitività ed irritabilità halleriana. Bologna 1757 P. II p. 79 e seg.

(4) Giorn. della Soc. med. chir. di Parma 1807 IV 188.

cersi, perchè non molto rilevanti, non così è di quelle recate dal Dott. Giovanini di Bologna. Il trapano in fatti di questo chirurgo ha il pregio sovra gli altri, anche di moderni autori, di aver fisso l'asse centrale, avendone fatto composto l'albero; di poterlo applicare in qualsiasi direzione obliqua; di limitarne, secondo che convenga, lo scorrere della corona, mediante un anello di sicurezza che le sta attorno: il movimento di rotazione è eguale, celere e senza scosse; fermato che sia non occorre di sollevare lo strumento che per misurare il solco fatto, e nemmeno occorre il tirafondi per rimuovere il disco osseo segato, giacchè esso medesimo fa quest' uffizio. Al trapano il Giovanini ha aggiunto la sega; ma l'uno strumento dall'altro può tenersi separato, sebbene ad entrambi sia comune il meccanismo motore. Tale sega ha su quella dell' Heine il vantaggio di potersi adattare in qualunque caso e specie di resezione in grazia della forma obliquangola della lamina conduttrice, e della difesa che da ambo i lati, o da un solo se piaccia, le fanno due fodere scorrenti liberamente, onde le parti molli circonvicine sono benissimo riparate (1). Presentato a diverse Accademie mediche, il Trapano-sega ebbe da tutte lodevole approvazione: duole che nella pratica non sia stato che poco o punto provato.

Ma per la buona pratica della terebrazione non basta aver migliorato lo strumento che deve compierla; conviene altresì che siano rettamente definiti i motivi che la medesima suggeriscono, spiegate le ragioni che la comprovano. Il Ranzi, conformemente al suo genio di toccare le quistioni più astruse, a questa pure assai intricata dell' uso del trapano negli stravasi sanguigni della cavità del cranio, volse la mente. Al precetto incerto del Petit di trapanare tutte le volte che v'ha stravaso di sangue, parve al Professore di Firenze di doverne sostituire un altro, il quale avesse calcolato tutte le circostanze per le quali si può indurre con qualche verisimiglianza l'esistenza d'uno stravaso sanguigno capace di comprimere, ma probabilmente scevro di altre lesioni cerebrali, accessibile al trapano e facile da essere remosso. E poichè tutte queste condizioni più che altrove si trovano nella regione temporale, il Ranzi conchiudeva con dire: *il trapano per istravaso sanguigno, sia circoscritto nella re-*

---

(1) Del Trapano-Sega (Mem. della Soc. med. chir. di Bologna 1853 V 273).

gione temporale (1). Cotesto precetto, che tanto si discosta dall'antico che proibiva la trapanazione sulla regione temporale, pone senza dubbio in modo preciso l'indicazione; ma esso è veramente piuttosto un'induzione dottrinale, di quello che risultamento di molti fatti osservati. D'altronde non bene appare perchè, messe pari le altre condizioni, su le tempia soltanto il trapano con tanta sicurezza ed efficacia possa essere applicato. E come ancora manchi questo sicuro criterio pratico lo hanno mostrato le discussioni che nel 1866 furono tenute nella Società Chirurgica di Parigi circa la trapanazione: nuovi fatti si domandano e nuove osservazioni; ma nè queste nè quelli servirebbero, se l'interpretazione continuasse a farsi con le medesime viste, che sinora tennero divise le scuole su questa materia. Il Grima, più sopra citato, sosteneva non esservi forse fatto pratico, che mostri la trapanazione aver contribuito alla morte di coloro che furonvi senza frutto sottoposti; imperocchè *c'est la blessure qui les a tués, et le trépan n'a été pour eux qu'un secours inutile* (2). Il Signoroni con altre parole diceva lo stesso (3): i prudenti invece ripeteranno piuttosto col Morgagni, che la trapanazione della calvaria è rimedio utilissimo, *atque adeo necessarium*, purchè *caute et opportune adhibitum* (4). Rispetto la quale prudenza nell' adoperare il trapano sono istruttive, per rammentare cose recenti, le storie narrate dal Dott. Enrico Berti, dal Prof. Giosuè Marcacci (5), dallo Zannetti (6) e dal Santopadre (7). Compiremo il discorso su la trapana-

---

(1) Lezioni di Patol. chir. T. II p. 51 seconda edizione.

(2) Mem. sur les sujets proposés pour le prix de l'Académie de Chirurgie IV P. 1 273.

(3) Di alcune rare osservazioni sul capo. Op. cit.

(4) Epist. anat. LII 22. — Il Dott. Nicolò Cappelletti da Lucca, chirurgo in Perugia, gia scolaro del Cecchini di Roma e quindi seguace del Magati, nell'erudita e poco nota dissertazione *delle ferite della cute del capo*, diretta a mostrare l'insussistenza del preteso loro pericolo, tratta eziandio della trapanazione, e ne condanna l'abuso, conchiudendo anzi essere il trapano istrumento più ferale che fruttuoso: e ciò perchè molti, a cui quello fu risparmiato, guarirono: mentre che moltissimi, ne' quali venne adoperato, per esso forse, più che pel male perirono. La dissertazione suddetta fu pubblicata a Venezia per cura del Mariotti nel 1754, ma il nome dell'autore non appare nel frontispizio. Di essa poi qui è stato fatto ricordo, per mostrare appunto come, assai prima ancora che oltremonti, la terebrazione fosse tra noi gagliardamente combattuta.

(5) L'Imparziale A. 1862 e 1865.

(6) Lo Sperimentale 1866 XVII 253.

(7) L'Ippocratico 1866 IX 177. — Il Prof. Cortese esaminando testè l'opera d'Ippolito Larrey *Études sur la trépanation du crâne dans les lesions traumatiques de la tête*, faceva

zione dicendo, poco più giù, di quest'operazione fatta nel seno mascellare.

(*Capo* 56.°)

TUMORI DEL CRANIO E DELLA SPINA — ENCEFALOCELE — SPINA BIFIDA TUMORE VENOSO DEL CRANIO — CEFALEMATOMA — PNEUMATOCELE.

Allorquando per effetto della carie, della necrosi, o della trapanazione rimanga aperto in qualche parte il teschio, il cervello non trovando più da quel lato la consueta resistenza, può maggiormente espandervisi, ed a poco a poco far ernia attraverso l'apertura. Ma perchè ciò succeda conviene che operi qualche forza impulsiva, probabilmente prodotta dalla maggiore spinta del sangue fervendo la febbre o l'infiammazione, giacchè il cervello non ha espansione *attiva*. Di fatti il Dott. Bettoli da quell'enorme squarciatura, che avea il vecchio nel precedente paragrafo mentovato, non vide protrudere il cervello, bensì alzarsi ed abbassarsi con moti alterni e corrispondentemente a quelli del respiro. Invece nel ragazzo, a cui il Dott. Nicola Orioli dovette applicare il trapano, per cagione di grave frattura nella tempia, i frammenti dell'osso essendo in parte depressi, in parte rotti e internitisi sotto il parietale sano; il cervello usciva fuori, senza involucro di meningi, rotte e dilatate le fresche cicatrici, quando già finiva la terza settimana ed era stata vinta la gagliarda febbre de' giorni addietro. Il tumore era largo sei pollici ed alto due: impossibile la riduzione, molto più che le meningi eransi attaccate al piede del tumore stesso; la recisione, i caustici, la legatura, la mortificazione spontanea erano spedienti o pericolosi, o troppo lenti.

---

alquante riflessioni su quest' operazione, e finiva per dire che il trapano nelle lesioni traumatiche del cranio non potrebbe essere proficuo se non nei casi recenti, ove possa aversi certezza di potere sollecitamente rimuovere i corpi estranei, i frantumi ecc. senza pericolo di ledere il cervello: ma quando sia altrimenti, ciò che più spesso accade, e quando sia dubbia la diagnosi *nessun tentativo di trapanazione* dovrebbe rischiarsi (Giorn. Veneto Scien. med. 1870 XII 569).

Pertanto l'autore molto sagacemente s' appigliò al metodo della compressione, non come mezzo riduttivo, ma come mezzo mortificante meno degli altri arrischiato. La compressione venne fatta con batuffoli di morbide fila: e, stretta mano a mano, la massa protuberante divenne morta, senza che altra più ne uscisse. Si chiuse il foro abbastanza solidamente, nè punto le facoltà intellettuali rimasero turbate (1).

Ma l'encefalocele, piuttosto che effetto di offesa accidentale, è vizio congenito. Il Prof. Vannoni, che molto si è occupato di quest' argomento, ha osservato non solamente, come Breschet, l'ernia del cervelletto per il foro occipitale oltremodo ingrandito; ma anche protrudere il cervello da un'apertura formatasi tra la porzione frontale, orbitaria e nasale dell'osso coronale (2): per solito invece l' encefalocele congenito appare nella regione occipitale. Nell' involucro del tumore, che ne forma il sacco, trovansi talora parecchie cisti, che si credette venissero dalle pseudomembrane formatesi fra l'aracnoide parietale e la viscerale; il Vannoni ha piuttosto notato trovarsi una membrana ricca di vasi sotto la dura madre. Il medesimo Professore insisteva con ragione su le ragguardevoli differenze, che sono tra l'ernia del cervello e le ernie delle altre parti, le quali hanno pareti distendibili, e che possono riammettere quel viscere che ne è uscito fuori: nell' ernia cerebrale congenita invece si ha una porzione di viscere che s' è sviluppato fuori della propria cavità, e pareti della cavità non cedevoli. Per tale dissimiglianza ne viene altresì che alcune pratiche curative utili nelle più comuni specie di ernie, in questa del cervello non giovino. Nondimeno, soggiunge il Ranzi, in un piccolo encefalocele, che sopporta lieve compressione, senz' arrecare sconcerti potrà essere sperimentato quest' espediente, ben inteso che debba essere con molta diligenza vigilato dal chirurgo. Questi tumori piccoli e riducibili sono rari, nè sempre facilmente conosciuti. Nell' encefalocele congenito debbon poi considerarsi oltre il fatto dell'ernia, eziandio i difetti, o vizj di struttura, che sono nel viscere protruso.

---

(1) Caso singolare di frattura complicata di cranio susseguita da encefalocele (Bullet. Scien. med. Bologna 1838 V 177).

(2) Su l'ernia cerebrale anteriore e posteriore. Studj clinici. In. Gaz. med. Toscana A. 1850. p. 1 e seg.

Le affinità tra encefalocele e spina bifida sono tante, che detto dell'uno, naturalmente il discorso prosegue su l'altra. Ma della spina bifida non toccheremo che le parti più rilevanti. L'anatomia di questo morbo fu già dal MORGAGNI (1) e dal PALLETTA illustrata (2). Vero è che la disgiunzione e il divaricamento degli archi vertebrali oggi non van più tenuti come effetti dell' idrorachia, l' una cosa potendo stare senza dell' altra, e la spina bifida essendo vizio di formazione. Della quale possibilità lo stesso PALLETTA ed il MONTEGGIA eran ben persuasi, poscia che ebbero occasione di osservare tutto, o gran parte del tubo vertebrale posteriormente spaccato, non apparendo neppur goccia d' acqua (3). Il MONTEGGIA avvertiva eziandio che sul medesimo soggetto possono combinarsi l' idrorachitide e l' idrocefalo senza che questo comunichi con quella; fatto che opponevasi alla dottrina di ACREL, il quale non ammetteva spina bifida senza idrope cerebrale. E cotesta divisione della spina più comunemente vediamo nella regione de' lombi, assai di rado nel collo per la ragione molto probabile addotta dal SENFF, e cioè che nelle vertebre lombari più tardi che nelle altre si congiungono e si saldano i processi spinosi (4). Nondimeno il Prof. RIZZOLI ebbe ora occasione di vedere in una bambina bifida la spina e con tumore idrorachidiano nella regione cervicale senza per altro veruna complicazione (5): e però quegli s' accinse a curarla togliendo ogni comunicazione fra la midolla e la cavità del tumore, per mezzo dell'enterotomo da lui alquanto variato, siccome diremo parlando di altre operazioni in cui esso venne adoperato (6). La forma conica del tumore, peduncolato superiormente, rendeva agevole l'applicazione dello strumento: per tal modo la compressione poteva essere fatta per gradi ed ugualmente in ogni punto della parte più alta del tumore. Anche il TAVIGNOT avea adoprata a tal fine una pinzetta simile ai comuni enterotomi; ma l' operazione non finì bene, giusto perchè quello strumento non comprimeva così perfettamente

---

(1) Epist. anat. XII.

(2) Exercitat. pathol. P. I Cap. X.

(3) Instit. chir. Cap. II § 210.

(4) Nonnulla de incremento ossium ombryonum in primis graviditatis temporibus. Halae 1802 p. 48.

(5) Bullet. Scien. med. 1869 VII 162. — Collez. delle Mem. chir. II 565.

(6) V. il Cap. 76 della Fistola all' ano.

com' era necessario. In una bambina di 22 mesi, in cui il tumore avea radice nella porzione superiore del collo, il Regnoli evacuata la cisti, la stringeva fra due caviglie di bossolo, acconciamente fermate ne' lati, e sulle cui due estremità superiori s'avvolgevano i capi di doppio filo di seta, che trapassava la base della cisti medesima. Ma l'apparecchio il giorno dopo si dovette levare, essendo sorti sintomi di meningite tostamente mortale (1). Il Dott. Casati per fare la compressione si servì della sutura clavata, avendo prima più volte forato il tumore; il quale d'altronde era nelle migliori condizioni per essere operato trovandosi eziandio sul sacro (2): imperocchè, come faceva notare il Palamidessi, sebbene altri abbia sostenuto il contrario, la guarigione della spina bifida è meno difficile quanto più il tumore è in basso e verso il coccige. Nella regione sacro-coccigea era situato appunto il tumore grosso quanto la testa di un neonato e comunicante con lo speco vertebrale, che il Regnoli in una ragazzina curava con le injezioni di jodio: ottenevasi la guarigione, ma non tutto il merito si deve concedere al rimedio adoperato; imperocchè il tumore prima di avvizzire e di chiudersi, ciò che non fu se non dopo sette mesi, s'infiammò e cadde parzialmente in cangrena (3). Nella bambina invece del Palasciano il beneficio venne intieramente dallo jodio, che allungato con eguale quantità di acqua, per tre volte di otto in otto giorni fu injettato, senza prendere veruna precauzione per difendere la coda equina; il tumore essendo posto nell'ultima vertebra lombare e nelle tre prime del sacro. Il fatto del chirurgo napoletano è altresì importante perchè darebbe animo di cimentare l'operazione quand'anche si trovassero riunite parecchie delle controindicazioni messe innanzi dal Cooper, e poscia dal Laborie con molta dottrina sostenute: e per vero il tumore avea base larga, coprivalo pelle ulcerata, compresso doleva, e con lui era anche la deformità de' piedi torti (4). Le punture e la compressione

---

(1) *Palamidessi C.*, Storia di spina bifida (Gaz. med. Toscana 1855 p. 213). — Questa storia è rilevante eziandio per alcune particolarità messe in mostra dalla diligente descrizione anatomica che vi sussegue.

(2) Spina bifida con tumore idrorachitico alla regione sacrolombare operato felicemente. Pergola 1857.

(3) Lo Sperimentale 1859 III 70.

(4) Rendic. dell'Accad. med. chir. di Napoli A. 1856.

non guarirono la fanciulla di otto anni curata nella Clinica di Roma: scemò per altro di un terzo la protuberanza idrorachidea che usciva dalle ultime vertebre lombali, ed era grossa un buon limone; la piccola inferma potè quindi reggersi senza bisogno di verun sostegno (1). Dava speranza di guarigione l' altra fanciulla di sei anni, che il Vaccà curava da parecchi mesi pungendone più volte il tumore posto tra l' ultima vertebra de' lombi e la prima del sacro; ma fatta l' ultima puntura infiammossi il tumore con tanta prestezza e gravità, che qualsiasi rimedio non valse ad impedire la morte (2). Per l' opposto guariva la bambina curata dal Dott. Ghidella, quantunque il tumore fosse sulla penultima vertebra cervicale, e per rimedio venisse adoprato il setone; di cui, sebbene raccomandato da Richter e Desault, i pratici con ragione fanno poco conto (3).

Forma assai singolare avea il tumore della fanciullina curata dal Dott. Berardi: era una coda lunga sei pollici, che dalla punta nel sacro e coccige scendeva quasi alle calcagna; pelosa nel dorso, movevasi alcun poco nella radice nell' atto dell' evacuare. Le donnicciuole giudicando quella creatura una bertuccina caudata, e poco persuase di essere noi pure propaggine di scimmie, dannavanla a perdizione: per buona ventura il savio chirurgo tolse la deformità giovandosi della compressione e delle punture multiple: al quale metodo, suggerito dal Cooper, dal Vaccà (4) ed oggi ancora specialmente dal Giraldès raccomandato, il Berardi fece alcune mutazioni secondo che al caso meglio conveniva (5). Il tumore della bambina notomizzato dal Dott. G. B. Mazzoni era invece quasi rotondo e toccava, partendo dal sacro, i talloni; la levatrice credendo di far bene incise il tumore da cui uscì oltre un chilogrammo di umore acqueo quasi limpido: in questa bambina era pure singolare l' unico rene sulle ultime vertebre lombari (6). Fanciulle erano le inferme in tutti i casi che qui,

(1) *Costantini*, Saggio di Clin. chir. Roma 1855 p. 147.

(2) *Trompeo,* Storia ragionata di una idrorachia terminata in una letale rachialgite. Pisa.

(3) *Canella*, Giorn. di Chir. prat. 1828 V 185.

(4) *Cartoni*, Note ed Aggiunte agli Elementi di Chirurgia del Richter. Pisa 1834 IV P. I p. 233. — *Trompeo B.*, Storia cit. d' un' idrorachia ecc. Pisa 1820.

(5) Mem. sopra una neonata colla coda per spina bifida. Ancona 1855.

(6) Observation anatomo-pathologique, Florence 1810.

senza particolare elezione abbiamo citati: da ciò non è da trarre veruna deduzione, bensì un invito ai chirurghi per nuovamente osservare se, contro l' avviso di Foersrer (1), l' un sesso più dell' altro soggiaccia alla spina bifida.

Intanto notiamo il bell' esempio di spina bifida in un giovinotto ventenne più volte osservato dal Prof. Ruggieri. Il tumore congenito, lungo quasi mezzo piede era sull' ultima vertebra lombare; compresso produceva stupore, e fenomeni epilettici: di quando in quando, e specialmente in primavera, gemeva un umore sieroso sanguigno, ciò che al malato produceva certa sensazione di freddo alla testa (2).

V' hanno pure tumori congeniti, che partono dalla pelvi e che a prima fronte potrebbersi credere conseguenze della disgiunzione del canale vertebrale, o di altri guasti de' visceri della cavità addominale: tali appunto sono i tumori veduti e descritti dal Melchiori e dal Calori (3).

Quantunque oggi l' anatomia patologica del cefalo-ematoma non possa più ammettere che questo tumore si formi, come voleva il Palletta, per forza di malattia delle ossa anteriore al parto, onde che, corrosa parte della tavola esterna del cranio, il sangue verrebbe effuso dai capillari della diploe tra la lamina interna ed il pericranio; nondimeno gli studj del chirurgo milanese intorno l' *ascesso sanguigno* (com' ei lo chiamava) dei neonati, oggi ancora sono importanti (4). La dottrina del Valleix, che è la più generalmente accolta, ha contro di sè l' osservazione fatta dallo stesso Palletta e da altri confermata, trovarsi cioè il più delle volte cotale tumore nei bambini nati sollecitamente, per cui è ben diverso dal tumore che si forma ne' feti, i quali nel parto ebbero incuneato il capo, e furono ajutati coll' arte (5).

---

(1) *Foerster*, Die Missbildungen ecc. Jena 1861 p. 81.

(2) Dizion. enciclop. di Chir. V 80.

(3) Gaz. med. di Milano 1841 p. 51. — Mem. dell' Accad. delle Scien. di Bologna 1859 IX 187.

(4) Exercitat. pathol. Cap. X. art. 1.

(5) Il Dott. Recupito ha osservato il cefalematoma in una stessa famiglia due volte, quantunque la madre non fosse nè primipara, nè debole ed il parto accadesse naturalmente (Del cefaloematoma sotto-pericranico. Napoli 1868 p. 32).

Il Dott. Emilio Dupont nella sua tesi inaugurale ha dato nel 1858 la descrizione d' una nuova specie di tumore del cranio formato da sangue venoso, *riducibile non pulsante*, ed in comunicazione con un seno della dura madre, l' osso essendo perforato per violenza di ferita, o per vizio congenito. Il grosso *ematoma intrameningeo* descritto dal Dott. Azzio Caselli combina per molti caratteri con il predetto tumore venoso del Dupont: ma esso non era *riducibile*, e se calcandovi sopra, giacchè sporgeva dal vertice per 34 centimetri, se ne scemava alcun poco il volume, ciò era più che altro effetto della compressione che subiva, e della quale pure dava segno, la sottoposta polpa cerebrale. Morta quasi repentinamente la fanciulla (che da due anni, avendone nove, portava il tumore, se pure non l' avea già quando nacque), ed apertone il sacco formato dal seno longitudinale enormemente allargato, uscì fuori più di un chilogrammo e mezzo di sangue venoso: tutti i seni e vasi meningei erano dilatati, e di più le jugulari profonde rimanevano quasi strangolate da un anello fibroso attaccato alle apofisi trasverse dell' epistrofeo (1).

Sin dal 1844 il Dott. Antonio Marcacci fece di pubblica ragione la bellissima storia di un tumore venoso assai singolare nato sul cranio d' un giovane contadino dopo che cadde da un albero: avea i caratteri di aneurisma cirsoideo, pulsava quasi quanto le carotidi, compresso si vuotava facilmente senza che avvenisse sopore od altro turbamento delle funzioni cerebrali; ciò che per l' opposto succedeva comprimendo la carotide, mentre che il tumore non diminuiva di volume, nè cessava di battere. Avvenne la morte con sintomi apoplettici: per mezzo dell' anatomia fu trovato che il tumore era formato da due vene emissarie oltremodo dilatate, e circonvolute; la maggiore delle quali, quella che naturalmente esce dal foro mastoideo, era grossa non meno della jugulare interna, comunicava, dopo molti ravvolgimenti e dopo aver traforato il temporale, con la parte anteriore inferiore del seno venoso laterale sinistro; l' altra vena, media in grossezza della prima, si univa a questa, raggiratasi alquanto, attraverso la sostanza diploica, poichè dell' osso non avea perforato che la lamina esterna. Tutto il sistema venoso del capo era oltre ogni credere rigonfio ed espanso nelle

---

(1) Bullet. Scien. med. 1858 V 465.

molteplici e ravviluppatissime diramazioni (1). I battiti del tumore erano probabilmente comunicati, dice il Ranzi che commenta il caso nelle sue lezioni, dai movimenti del cervello; il sopore e gli altri segni di compressione cerebrale, allora quando stringevasi la carotide, succedevano perchè con l' arteria premevasi eziandio la jugulare interna; e con ciò s' impediva il reflusso del sangue.

Anche il Dott. Melchiori ha descritto un tumore varicoso pulsante nella regione parietale sinistra formatosi nel corso d' una meningite, concorrendo a produrlo l' abnorme distensione della vena emissaria in quella parte, ed il grumo successivo che impediva il libero scaricamento del sangue nel seno traverso della dura madre (2).

Degno pure di menzione è il fatto narrato dal Bonomi di Genova. Un vecchio contadino teneva sulla testa molti tumori, che si sarebbero detti cistici perchè circoscritti, molli, ondeggianti, indolenti, non pulsanti: ma in verità erano sanguigni. Aveano essi, come potè vedersi facendo notomia, distrutta buona porzione della calvaria, circa la quarta parte. Il fondo di questi sacchi sanguigni era formato dalla dura meninge molto ingrossata, e disposta in un piano a guisa di corda sottesa ad arco: la quale disposizione al cervello era ottima difesa, per modo che il paziente non soffriva molestie e soltanto di tempo in tempo peso al capo (3).

Nel Dizionario del Ruggieri troviamo un esempio di quel singolare tumore descritto principalmente dal Thomas sotto il nome di *pneumatocele del cranio:* lo riferiva il Palletta che l' avea osservato sulla sutura lambdoidea di un uomo, il quale avea la strana abitudine di confricarsi la testa contro il muro. Inciso l' enfiato, già largo un palmo, credendo di evacuare del fluido, ne uscì dell' aria; rigonfiatosi e nuovamente punto n' uscì altra aria; finalmente scomparve del tutto dopo gagliarda febbre. Indurrebbe a credere che il tumore fosse succeduto all' atrofia e perforazione della lamina esterna delle

---

(1) Miscellanee med. chir. di Pisa 1844.

(2) Gaz. med. di Milano 1843 p. 3.

(3) Mem. della Soc. med. d' Emulaz. di Genova 1803 II Quadr. II p. 1. L' autore attribuiva l' erosione dell' ossa alla forza assorbente dei linfatici: aggiunge di aver trovato consimili erosioni nel medesimo soggetto in diverse parti dello scheletro, senza per altro dire se in quelle parti fosservi, o no, altri tumori sanguigni.

cellule mastoidee, il sussurro che quell' uomo sentiva in un orecchio parendogli talvolta come venticello, che uscisse dal meato uditorio (1).

(*Capo* 57.°)

MALATTIE DEL NASO, DELLE FOSSE NASALI, DEI SENI FRONTALI E MASCELLARI, DELLA MASCELLA INFERIORE.

De' tumori follicolari ed elefantisiaci del naso avendo già discorso al Cap. 12, possiamo senz' altro scendere a dire delle malattie delle parti interne del naso, e della principale quale appunto è quella de' *polipi*: premettiamo soltanto, giacchè non è molto frequente trovare *rinoliti*, che nei Commentarj dell' Ateneo di Brescia il farmacista Grandoni metteva l' analisi chimica da lui fatta d' una concrezione pietrosa cavata dal naso d' una donna, pesante 76 grani, e più ricca di fosfato di calce (53 per 100) che le consimili analizzate da Axman (2).

Gabriele Falloppia ha il merito di aver fatto rivivere per estirpare il polipo del naso il metodo della legatura, che è il metodo più antico giacchè si trova negli scritti ippocratici, ingiustamente dai Greci posteriori, e dagli Arabi dimenticato. Al Falloppia dobbiamo altresì l' invenzione della cannella d' argento attraverso la quale conduceva un filo di metallo flessibile che, formata un' ansa, comprender doveva la radice del tumore, e poco a poco stringendo reciderla (3). Levret, Pallucci, Nessi, Desault ed altri fecero diverse aggiunte e miglioramenti, siccome è noto, a questo metodo (4). Levret con la doppia cannula rendeva più stabile la legatura, ma il procedimento

(1) Dizion. enciclop. di Chir. V 206.

(2) Comment. A. 1837-38.

(3) Op. omn. III 99.

(4) *Pallucci*, Ratio facilis ac tuta curandi narium polypos. Viennae 1763. — *Nessi*, Istit. chir. Pavia 1787 II 213.

era lungo ed incomodo. Pietro Moscati, fin da quando stava professore d' anatomia a Pavia, pensò ad altra maniera di legatura il cui merito principale è di essere sollecita, e quindi non tormentosa nè di molto fastidio al malato. Introdotto in bocca, per la via delle narici mediante la cannula di Belloc, un filo incerato, Moscati lo annodava ad altro filo egualmente incerato posto dentro la scanellatura circolare di una lastrina elittica, sostenuta da un manico, e simile ad un cucchiajo salvo che forata nel mezzo. Portato questo strumento nelle fauci del malato (giacchè trattavasi di polipo che dalle narici posteriori scendeva in gola) di contro la base del tumore, rialzava tirando il filo pel naso, l' altro filo innicchiato nella predetta scanalatura, e così il polipo era subitamente avvolto nel cappio, che poi con un serranodi veniva stretto poco per volta (1). Volpi e Monteggia suggerirono utili correzioni al modo di allacciamento proposto dal Richter per quei polipi, che sono assai in basso nella faringe e quasi nascondonsi nell' esofago (2). Ma la legatura, sebbene sia da tenersi per il miglior espediente, non sempre è possibile: nei polipi che hanno larga base, molteplici aderenze, profonda radice; negli altri che sono piccoli e flosci meglio del laccio, che non giunge ad avvolgere quelli e sfugge nella presa di questi, serve l' estirpazione fatta con le tanaglie, siccome operava Cesare Aranzi (3), o col forcipe di Fabrizio d' Acquapendente (4); il quale strumento, perfezionato da parecchi chirurgi, e molto adoperato dal Sografi nel secolo scorso (5), dal Flajani era detto il più utile ed il più comune nell' arte nostra, avendo esso ottenuto per mezzo dell' estirpamento felici guarigioni. Ne' polipi per altro poco rilevati, di figura sferica, e massime se questi siano situati nel tratto della narice interna, il Flajani, giudicando di niun valore gli escarotici, pericolosi il caustico ed il ferro rovente, servivasi del setone affine di distruggerli con la suppurazione (6). La strappatura è sussidiata ed anche può essere supplita

---

(1) Mem. della Soc. Ital. delle Scienze 1823 XIX P. I 74.

(2) *Volpi*, Trad. degli Elem. di Chir. di Richter I 409. *Monteggia*, Instit. chir. Cap. \ § 700.

(3) De tumor. praeter natur. c. 21. Venet. 1857 p. 172.

(4) De Operat. chirurg. P. I c. 25. Op. omnia Patav. 1666 p. 350.

(5) Dissert. sul polipo del naso. Padova 1760.

(6) Collez. d' Osserv. I 97.

dallo *schiacciamento* e dalla *torsione*. Questa era preferita dal Nannoni (1); ed il prof. Malinverni di Torino ha raccolto parecchi fatti di polipi agevolmente staccati per mezzo della compressione immediata e continua fatta mediante particolari pinzette (2). E veramente l' un metodo può coadjuvare l' altro, dalla *cura mista* ottenendosi ciò che separatamente questo o quel mezzo non avrebbe procacciato. Così è che dal Busi di Bagnacavallo un enorme polipo nasale fu guarito mediante l' allacciatura ed i caustici (3). Ma neppure combinati i predetti processi operativi bastano sempre al bisogno; essendo che talora per le vie naturali, per la bocca cioè e le narici, non si raggiunge il tumore nella sua sede troppo profonda e nascosta, non se ne colgono tutte le propaggini e gli abbarbicamenti: occorre quindi aprire nuove strade, nel che l' industria de' moderni chirurghi è stata grandissima ed ingegnosa, l' ardimento spingendo fino all' audacia, mentre che pure procuravasi di conservare intatte le forme del volto e grato il sembiante. La fenditura del velo pendolo per meglio operare sul polipo retroposto, suggerita dal Manne, dal vecchio Nannoni nel secolo scorso venne felicemente ripetuta, e sul cominciare del presente dall' altro Nannoni e dal Giuntini (4): il Monteggia in un caso, in cui il polipo grosso come mezza mela era tutto attaccato alla faccia posteriore del velo, senza far taglio alcuno potè rovesciare ed il velo ed il tumore, legare questo, rimettendo quindi l' uno e l' altro in posto (5). Ma non molto ampio è lo spazio che si ottiene squarciando il palato molle, e per ciò non sempre sufficiente al bisogno. Quindi venne il processo di Nèlaton, che incide il velo pendolo e perfora la volta palatina ; l' altro di Syme, che toglie l' osso mascellare superiore; la resezione temporanea *osteoplastica* di Laugenbeck per la quale il mascellare superiore è parzialmente lussato, quindi rimesso in sito, il periostio conservato facendone più

---

(1) *Mazzoni*, Discorso accad. in lode di Lorenzo Nannoni p. 17.

(2) Giorn. delle scienz. med. di Torino 1845 XXII.

(3) Bullet. Scien. med. Bologna 1856 V 324. — Con la sola potassa caustica il Dott. Marzuttini afferma di aver distrutto stabilmente un fungo nel palato osseo e molle, abbarbicato eziandio alla base del cranio (Giorn. pei servire ai progressi della Patol. 1845 VIII 672).

(4) *Betti*, Trad. dell' opera di Sprengel sulle operazioni chirurg. I 204. — *Nessi*, Istit. di Chirurgia. Pavia 1787 II 228.

(5) Instit. Cap. V § 493

sicura la riunione. Per fino nei libri ippocratici troviamo indicato il modo di fendere il naso per applicare sul polipo il ferro rovente. Il Dott. Borelli di Torino in 29 casi di polipi e di escrescenze polipose e nasali da lui osservati, per tre volte dovette spaccare il naso lungo il setto, i tumori essendo *nasoetmoidali e naso craniani*, ed una volta il velo pendolo, perchè molto voluminoso il polipo, che avea sede tanto nel naso quanto nella faringe. Se poi quello sia *naso vertebrale*, ei dà per regola d' incidere largamente il velame predetto, e quindi di farne l' estirpazione: così pure riguardo a que' tumori, che nascono dal periostio della parte anteriore delle vertebre e si sviluppano sotto il tessuto mucoso, il quale a loro serve d' involucro e quindi va egualmente inciso. In ogni caso poi debbon essere raschiati i punti a cui furono aderenti i polipi e cauterizzati col nitrato acido di mercurio, e più volte mondati con acqua fredda. Per tali vie crede il Borelli che si possono levare i polipi nasali anche più complicati, e gli stessi tumori vertebrali: laonde egli condanna il metodo dell' ablazione del mascellare superiore come operazione preparatoria per estirpare i polipi nasoetmoidali e nasocraniani ; e dichiara non necessario il metodo del perforamento della volta palatina (1). Per altro meglio sarebbe stato concludere dicendo, che l' una e l' altra operazione, e particolarmente la prima, debbesi tenere per ultimo espediente, quando cioè nè la scissione del naso, nè il taglio del palato molle basti per aprire adito all' operatore. E per vero quei nuovi procedimenti furono immaginati giusto per supplire all' insufficenza degli altri da molto e molto tempo adoperati nell' arte. Il Dott. Larghi per non deformare il volto, e guastare il palato, come ne' metodi anteriori, propone di estrarre i polipi nasofaringei, ed i tumori profondi della cavità delle nari dall' apertura anteriore delle ossa mascellari superiori. Affine di arrivarvi si arrovescia, ci dice, in alto ed in addietro il labbro superiore, si fa un' incisione della gengiva e del periostio al disopra del margine alveolare sulla faccia anteriore e laterale dei mascellari superiori, staccandone il periostio, e sollevando con la leva la spina nasale anteriore ed inferiore: se il caso l' esige s' innalza e si stacca con la leva l' inserzione infe-

(1) Atti dell' Accad. med. chir. di Torino 1857 IV — Raccolta di Osserv. clin. patol 1867 II 385, 401.

riore del setto osseo cartilagineo e si sposta dall' uno e dall' altro lato. Ma neppure con ciò la strada sarebbe abbastanza ampia se il tumore fosse alquanto grosso: converrebbe allora torre quel tanto che fa d' uopo del margine dei mascellari; la qual cosa l' autore crede facile, il margine stesso essendo già sottile e svestito del periostio (1). Il valore di questo metodo, che d' altronde non potrebbe essere adatto se non in casi particolari, non venne praticamente sperimentato. Bensì Antonio Baccelli di Roma demolì un enorme fungo del seno mascellare sinistro, facendo un' apertura trasversale, di sotto il labbro nella parete anteriore del seno medesimo, e conservando intatto l' arco alveolare. L' estirpazione fu fatta in tre volte con le forbici, ed ogni volta il fungo estirpato empiva a colmo un piattino: le parti residue sfuggite al taglio furono distrutte mediante la pietra infernale e le injezioni di sublimato corrosivo. Dopo sette anni l' operato, giovane di 28 anni, mantenevasi sano e con regolare sembiante, mentre prima era orrido (2). Il Prof. Rossi di Torino per legare un polipo che avea radice nel seno frontale, ne trapanò l' osso: dopo una settimana l' escrescenza era staccata, e con le pinzette veniva tratta fuori per la via del naso. Guarì intieramente il polipo, ma rimase una fistola dove fu applicato il trapano; la quale pure cicatrizzò, poscia che l' autore ebbe dilatata l' apertura, rompendo anche qualsiasi ostacolo alla comunicazione del seno con le fosse nasali mediante una grossa tenta ottusa, ed in tal modo resa agevole la discesa degli umori separati dalla pituitaria del seno stesso (3). Originale è il metodo del prof. Palasciano, ripetuto quindi dal Dott. Rampolla di Palermo, di penetrare nella parte superiore della retrobocca perforando l' osso unguis con un tre quarti, attraverso la cui cannula si fa passare uno strumento schiacciatore, che deve avvolgere e svellere il polipo dalla radice (4): ma, e lo stesso autore lo consente, l' operazione non può servire che in casi speciali. Parlando degli usi

(1) Giorn. dell' Accad. med. chir. di Torino 1866 n. 6. — Ann. un. di Med. 1867 CCI 492.

(2) Ann. un. di Med. 1839 XC 245.

(3) Elém. de Médec. opérat. II 116.

(4) De la perforation de l' unguis comme moyen de parvenir à la destruction des polypes de la base du crâne (Gazette des Hopit. 14 et 28 Juillet 1861. Ann. un. di Med. 1860 CLXXII 444). — Il Dott. Carlo Tempesti per fare l' allacciatura e la torsione dei polipi voluminosi della faringe proponeva un nuovo strumento da lui detto *Polipotomo* (Gaz. med. Toscana 1851 p. 345).

dell' elettricitá nella terapeutica chirurgica (1), notammo in generale quanto l' elettrolisi potrebbe servire nella cura de' neoplasmi: ora viene opportuno ricordare che il Ciniselli si è ottimamente servito della galvanocaustica chimica in due casi di polipi nasali; nei quali ebbe appunto campo di osservare che, certo tempo essendo stato frapposto tra l' una e l' altra applicazione della corrente, la diminuzione di volume del tumore era maggiore di quella che avrebbe potuto corrispondere alla perdita di sostanza per l' effetto della cauterizzazione (2). Laonde per questi fatti, e per altri in seguito osservati, il chirurgo di Cremona si persuadeva che l' azione chimica della corrente elettrica non si limita alla cauterizzazione, ma si estende entro i tessuti organici, e che gli effetti che si manifestano non sono a quella soggetti, giacchè si possono ottenere anche senza di essa.

Tanto per la parte terapeutica dei polipi nasali: la patologica rimane ancora avvolta da molti dubbj sebbene i moderni v' abbiano posto intorno diligente studio. Tra noi il Palletta vi dedicava l' intiero primo capitolo delle *Exercitationes pathologicae*, dando la storia di parecchi polipi, che, nati dai seni mascellari, dagli sfenoidali e dall' etmoide, con irrefrenabile progressione invasero le fauci, il sacco lagrimale, l' orbita e la cavità del cranio, distruggendone le connessioni e la fabbrica. Ma la parola *polipo,* al pari di molte altre non avendo esatto nè ben definito significato, raccoglie sotto di sè malattie assai diverse e che nulla hanno fra loro di comune, in fuori del luogo donde sorgono o partono, cioè le cavità mucose. Nèlaton ha detto di non conoscere caso autentico di *polipo fibroso nasofaringeo* nella donna, e neppure in uomini che abbiano varcato il trentacinquesimo anno di vita: contro l' assoluta sentenza stanno le osservazioni del Dott. Borelli, che estirpava polipi nasofaringei fibrosi in tre giovanette, ed in altra di eguale età, cioè circa trilustre, toglieva un tumore fibroplastico impiantato sull' apofisi basilare e sul corpo delle prime vertebre cervicali. Lo stesso chirurgo svelleva un tumore fibro-adiposo tenacemente attaccato alle vertebre corrispondenti al velo pendolo in una donna di 46 anni, e due polipi, uno che dal naso

(1) V. il Cap. 9.

(2) *Ciniselli.* Resume des études sur la Galvanocaustique chimique Oss. XII et XIII.

protendevasi nella faringe, l' altro fibroso e nasoetmoidale, in uomini quinquagenarj. Dai casi narrati dal chirurgo di Torino risulterebbe altresì, che i polipi possono avere radice sulle vertebre cervicali, possibilità negata da alcuni, dal Nélaton principalmente, ma sostenuta da altri, dal Robert e dal Michaux ad esempio.

Malgrado che sia malattia tanto grave e pericolosa, il polipo nasofaringeo può guarire spontaneamente: il Vaccà vedeva ciò succedere in una donna dopo che il tumore, due volte reciso, avea ripullulato, ned altra operazione in causa della cattiva salute pareva da tentarsi (1). Similmente il Minich ebbe la grata sorpresa di assistere alla guarigione di un ragazzo, a cui qualsiasi opera chirurgica dovea procrastinarsi a cagione dell' affievolimento in cui era caduto, sanguinando ognora il polipo più volte indarno strappato (2): la stessa cosa vide il Vanzetti nella Clinica di Karchoff (3). In tutti tre i casi il neoplasma si distrusse mortificandosi. Mercè la suppurazione pare invece che si distruggesse l' altro polipo nasale di cui il Dott. Gianfala lasciò ricordo (4). Importantissimo è il fatto narrato dal Dott. Cartoni per dimostrare quanto talvolta sia remota l' origine di certi tumori, che appajono in qualche cavità, e quanto difficile per conseguenza sia la precisa diagnosi de' medesimi. Un uomo aveva un tumore che riempiva la narice sinistra, e teneva l' aspetto di polipo fibroso. Il Dott. Del Greco, i Professori Menici e Vaccà fecero dei tentativi per estirpare questo polipo; ma indarno. L' autopsia mostrò un tumore, che nasceva dalla branca del trifacciale, dalla cui tonaca vaginale sanissima era tutto vestito; tumore fibroso, di color carnicino, diviso in cinque lobi, posto nella fossa zigomatica del temporale. Uno di que' lobi si prolungava fino al margine alveolare al disopra degli ultimi molari, penetrava nel foro sfenopalatino assai dilatato, e mandava nella fossa nasale corrispondente un appendice piramidale, mobile, coperta di sottile membrana rossiccia e levigata, che anche meglio conferiva all' apparenza di polipo (5). Notabile altresì è il caso

---

(1) *Betti*, Trad. della Storia delle Operazioni di Sprengel I 203.

(2) Riepilogo degli Esercizj pratici di Chirurgia (Giorn. Veneto delle Scien. med. 1868 IX).

(3) Ann. Clinic. chir. Charcof. p. 117.

(4) Filiatre Sebezio 1834 VII 179.

(5) *Richter*, Elementi di Chir. con note del Cartoni III 337, ed Annali Univ. di Med. 1830 LIII 392.

ingenuamente narrato dal Dott. Forest di un polipo, che, uscito dall'antro d'Igmoro, era giunto, dopo aver perforato l'osso unguis, alla sede propria del sacco lagrimale, onde che, e molte combinazioni concorrevano a mantenere l'errore, venne giudicato tumore lagrimale, e per certo tempo come tale curato (1).

Se nell'opera di Natale Higmor (2) si trovano i primi studj sulle malattie del seno mascellare; il nostro Molinetti, successore di Weslingio nel 1649 nella cattedra d'anatomia in Padova, avea pur osservato cotesti morbi, e indicata e praticata egli stesso la trapanazione del corpo del mascellare superiore, operazione che poscia al Lamorier ed al Desault procacciò non poca fama (3). Bertrandi, dovendo curare un ascesso del seno suddetto profittò d'un foro fistoloso formatosi dalla parte del palato per introdurvi un perforante lungo assai e stretto, e per trapanare con esso l'antro di contro ai due molari posteriori (4). Parlando delle resezioni delle ossa mascellari ci venne fatto di accennare eziandio ad alcune operazioni praticate per causa di diversi guasti dell'antro igmoriano, siccome quelle del Giorgi, del Regnoli, del Baccelli: questi anzi nel dare la storia del sopraccitato enorme fungo del seno mascellare sinistro, prendeva

---

(1) Gazz. Toscana delle Scien. med. fis. A. 1846, p. [illegible]

(2) De corporis humani disquisitio anatomica, [illegible] 1651. —

(3) L'operazione del Molinetti è indicata da Enrico Meibomio nella [illegible] *De abscessuum internorum natura et curatione* (Dresdae et Lipsiae A. 17[illegible]). Andrea della Croce (*Chirurgia universale* Lib. III Trat. I Cap. [illegible]) [illegible] forse il primo, secondo il Flajani, a conoscere, ed insieme a mettere in [illegible] l'[illegible] dei denti molari l'esterna fistolosa apertura della mascella [illegible] per [illegible] delle loro radici. Meibomio in seguito ha con più chiarezza rilevato [illegible] la necessità di prevalersi dello stesso mezzo in occasione di [illegible] di [illegible], o di [illegible] nella cavità mascellare, affine di dargli esito nella parte più declive [illegible] dell'[illegible] del secondo o terzo dente molare. Cotesto metodo fu in [illegible] posto in pratica dai signori Drake e Cowper, e l'esito [illegible] felice, che [illegible] e da tutti fu abbracciato come il più efficace per la guarigione di [illegible] (Collez. d'Osservaz. del Flajani III 255). Di un *trapano perforatore* del Dott. Vincenzo [illegible] per la fistola mascellare, è fatta lodevole menzione nel Bullettino delle Scienze mediche di Bologna (1852 XXI 252), e più di recente ancora dal Dott. Luigi Felici nel [illegible] *raccolte anco-peroniani del seno mascellare* ([illegible] 187[illegible]).

(4) Observat. sur la tuméfaction de l'os maxillaire supérieur, avec [illegible] dans le sinus (Mém. de l'Acad. de Chirurgie III [illegible] p. 25[illegible]).

occasione per trattare delle malattie di quest' osso, e delle operazioni fino allora intorno al medesimo eseguite (1).

Formatosi l' ascesso nel seno frontale, talvolta esso si fa strada verso l' orbita, e vi si espande sotto il periostio. Il Riberi ne vide un caso in cui il pus occupava la semicirconferenza superiore della cavità orbitaria, e che risospinto nel seno della fronte usciva dalla narice: sperimentati indarno diversi soccorsi, quegli immaginò di aprire una via alle marce perforando, dopo aver incisa la palpebra superiore tra l' angolo interno dell' occhio ed il sopracciglio, la lamina papiracea, od *os planum* dell' etmoide, con una sgorbia nella parte più declive della parete ossea dell' interna orbita. L' operazione riescì felicemente, e così pure in altri due casi consimili ne' quali ebbe a ripeterla (2). Un' esostosi *epifisaria,* secondo la denominazione del Rognetta, grossa come il rene d' un feto, e formatasi dentro l' orbita venne dallo stesso Riberi estirpata senza che l' occhio, le vie lagrimali e le altre parti ne rimanessero offese (3).

Un accidente non comune vide e narrò il Dott. Busi, cioè un *voluminoso tumore cistico aderente alle radici del secondo dei denti molari sviluppatosi nell' antro d' Igmoro* (4). E per vero se non è fatto nuovo trovare tumori saccati nelle radici dei denti, è raro per altro che la cisti siasi avviata ed introdotta nel seno mascellare e l'abbia riempito. Il caso esposto dal nostro collega è anteriore ai consimili di Chassaignac e di Duchaussoy, quindi ancora alla dissertazione del Forget, in cui quest' argomento è studiato di proposito e la cisti, considerando la sua origine, è chiamata *cisti alveolare* (5).

Neppur sono comuni i casi di polipi nati nel seno mascellare: quelli che si danno per tali sono per lo più tumori cancerosi, ovvero polipi nasali o nasofaringei allungantisi nei seni. Ma noi poco fa ne abbiamo citato un bell' esempio, quello cioè veduto e curato dal Dott. Antonio Baccelli; ora ne aggiungiamo due altri di cui diedero la storia il Dott. Luigi Viola ed il Prof. Costantini. Nel primo caso l' escrescenza uscita dall' antro d' Igmoro s' estendeva nella

(1) Ann. un. med. 1839 XC 245.

(2) Giorn. delle Scien. med. Torino 1838 III 133 e 1844 XX.

(3) Giorn. delle Scien. med. Torino. A. 1838. III 447.

(4) Ballet. Scienz. med. 1851 XIX 37. — *Rossi,* Note sur les kystes développés a l' extrémité des racines des dents molaires (Gazette médicale de Paris 1853 p. 151).

(5) Mem. de la Soc. de Chirurgie T. III.

fossa temporale, discendeva dietro il braccio della mascella inferiore, schiantava l' apofisi coronoide, assottigliava la condiloidea e disgiungeva l' arco zigomatico (1). Nel secondo caso invece il polipo era penetrato nella narice sinistra: per isradicarlo il clinico romano trapanava l' antro nella fossa canina, allargandone poscia l' apertura con le forbici del Liston. L' ammalata, donna di 33 anni, guariva intieramente (2): al fanciullo del Dott. Viola non fu fatta alcuna operazione, ed ei soggiacque alle conseguenze del male.

Per alcune malattie speciali della mascella inferiore, rimandiamo ai Capitoli dell' anchilosi e delle resezioni perchè là ne fu discorso. (3). Qui soltanto soggiungiamo che il Prof. Pasero ed il Dott. Borelli han procurato di spargere un po' di luce, e di mettere un po' d' ordine nell' oscuro ed avviluppato soggetto delle *epulidi*. Il primo con questo nome comprendeva tutte le alterazioni di tessitura delle gengive, distinguendole in varie specie conforme le qualità del tessuto da cui sorge primitivamente, delle mutazioni di forma e delle conversioni d' indole, cui col volger del tempo e per diversi accidenti può lo stesso morbo soggiacere: onde che l' *epulide fibro tenoide* o *fibro-sarcoidea* del periostio alveolare può divenire fibro-cartilaginea, sarcomatosa, lardacea, cancerosa (4). Il secondo, cioè il Borelli, serba il nome di epulide alla semplice ipertrofia del tessuto gengivale (*epulide poliposa* del Monteggia), e la distingue dai tumori fungosi, che nascono dal tessuto osseo del margine mandibolare, dagli alveoli e dal periostio: per questi tumori è necessaria l' estirpazione di tutta la parte viziata; per l'epulide invece basta per lo più estrarre il dente guasto, o tagliare il tumore (5). Ma è da credere che anche in cotesti *tumori fungosi alveolo-gengivali*, sottoposti a più sottile analisi, si trovino anzi che una sola, più specie morbose.

Il Dott. Melchiori, facendo considerare i rapporti organici della mascella inferiore e la disposizione dei tessuti che la circondano, spiegava come il flemmone acuto in conseguenza di frattura, di periostite

---

(1) Nuovo Giornale della più recente Letterat. med. chir. d' Europa 1792 III 190.
(2) Saggio della Clinica chir. per gli anni 1853, 54, 55. Roma 1855 p. 41.
(3) Cap. 47 e 50.
(4) *Pasero*, Trattato di Patologia dell' orecchio, del naso e della bocca. Torino 1848
(5) Raccolta di Osservaz. II 423.

od altro morbo di quell' osso possa rapidamente propagarsi alle parti profonde del collo, e le marce scendere fino nel mediastino, senza che ne partecipino le parti superficiali, opponendovisi la fascia cervicale che assai robusta si estende dalla mascella al torace (1).

La fistola del mento, che d' ordinario sì difficilmente guarisce, diede argomento al Dott. Francesco Gattei per una dissertazione pubblicata a Pesaro nel 1839 con il titolo *Cenni su di una malattia della faccia, metodo facile per guarirla ed osservazioni pratiche.* L' autore attribuiva la difficoltà della guarigione all' attaccatura del muscolo quadrato alle parti laterali del mento, alla direzione concentrica delle fibre del muscolo medesimo ed alla prominenza ossea esistente lungo la sinfisi; di sorte che all' ascesso, che in quelle parti si forma, seguita un seno od ulcera sinuosa, la cui volta non può aderire alla base e quindi chiudersi. E di ciò, a suo credere, è appunto motivo principale la suddetta prominenza ossea, la quale tiene sollevato e troppo disgiunto dalle parti vicine il muscolo quadrato, sotto cui si separa bensì umore puriforme, ma non si forma quanto è necessario perchè la cicatrice avvenga. A tal fine bisogna rendere completa la fistola, facendo la contrapertura nella parte interna del labbro. Il Prof. Rizzoli poco dopo avvertiva d'aver già adoprato da *parecchi anni* contro simile fistola egual metodo e processo, ottenendo sempre al pari del Gattei sollecita e perfetta guarigione (2).

Finalmente dev' essere ricordato il modo ingegnoso con cui il Dott. Pagello scoperse che una fistola inveterata sul mento procedeva dalla carie di un dente incisivo sebbene sano a vedersi e per niun modo dolente. Injettando del decotto di robbia nel seno fistoloso, il dente che v' era sovrapposto diventò rosso: estratto mostrò veramente d' essere cariato nella radice, ed allora la fistola in pochi giorni guariva (3).

---

(1) Gazz. med. di Milano 1843 p. 125.

(2) Bullet. Scienz. med. 1840 IX 231.

(3) Giorn. Veneto di Scien. med. A. 1853

(*Capo 58.º*)

MALATTIE DELLA BOCCA, DELLE LABBRA E DELLE FAUCI. LABBRO LEPORINO. — TUMORI E AMPUTAZIONE DELLA LINGUA. AMIGDALOTOMIA. — ANEURISMA DELLA VOLTA PALATINA. TUMORE CISTICO NELLE FAUCI. — RANULA.

Intorno il labbro leporino negli ultimi anni del passato secolo il Sonsis di Cremona pubblicava una dissertazione nella quale esponeva opinioni particolari sul modo di formarsi di questo vizio, da lui considerato come effetto di lacerazione delle parti molli e di lussazione delle ossa per opera d' interna causa morbosa; aggiungendo la pratica da lui seguita in due casi, in cui dovè scostarsi dai metodi in allora generalmente adoperati. Per meglio poi contenere le labbra servivasi di certa pinzetta di tartaruga, di figura quadrata ed ottusa negli angoli, che pur dava conveniente punto d' appoggio al labbro per farne l' opportuna recisione (1). Il Monteggia attese principalmente a migliorare l' operazione, ed acciocchè la riunione delle labbra succeda regolare ed esatta, dava per precetto di tagliare i margini delle labbra stesse di sbieco, cioè in modo che maggior sostanza venga recisa dalla parte che guarda la bocca, che dall' esterna od anteriore (2). Ei toccava altresì la questione molto dibattuta tra i pratici, in quale età siano da operarsi i bambini deformi per labbro leporino, e si schierava tra quelli che ammettevano l' operazione doversi fare il più presto possibile: Sonsis (3) e Rossi (4), stettero invece nel campo opposto. Il Riberi, ritornando su questo medesimo argomento, mostravasi ei pure partigiano della sollecita operazione, salvo il caso in cui l' indugio è imposto da qualche com-

(1) Memoria chirurgica sul labbro leporino complicato. Cremona. 1793. p. 20 e 26

(2) Istit. chir. Cap. VI § 720.

(3) Mem. cit. p. 23.

(4) Élémens de Med. opér. [illegible]

plicazione, che in quella tenera età (la divisione del palato mobile ad esempio) non può essere rimediata: egli poi assicurava di aver veduto che la sutura incavigliata, meglio dell' attorcigliata procurava la pronta e salda riunione delle labbra divise (1). Mirault d'Angers nel 1857 proponeva alla Società di Chirurgia di Parigi di togliere affatto nella riunione del labbro leporino le spille, e di servirsi della sutura intercisa. Per altro il nostro Flajani racconta di avere sperimentato due volte che benissimo si possono congiungere gli orli della labbra incise senza bisogno di verun ago; ma semplicemente trapassando con un filo incerato l'un labbro, quindi un po' più sopra l' altro e di nuovo, sempre ascendendo, il primo; in modo che i due capi del filo siano dal medesimo lato, e che poi annodati formino un' ansa pari a quella del lato opposto: le due anse si passano poscia l' una dentro l' altra fermando ciascuna nell' orecchio opposto, e sulla fronte ancora mediante una fettuccia che gira intorno la testa (2). Il Brunazzi di Cesena andò anche più oltre, perciocchè con certa sua macchinetta, che consisteva principalmente in una fasciatura, si proponeva di ricondurre e mantenere in contatto, senza bisogno di veruna sutura, le labbra divise (3).

Nella precitata dissertazione il Riberi, mercè dell' anatomia, mostrava non essere sempre vera l' opinione di Tiedmann e d' Arnold, che nel labbro leporino complicato a doppia divisione del palato manchi il nervo olfattivo (4). E giacchè abbiamo accennato un fatto di anatomia patologica del labbro leporino, aggiungeremo che Palletta nel capitolo, in cui tratta di parecchi morbi congeniti, descrivendo il palato bifido, espone esattamente e dà la figura dell' osso intermascellare, il quale articolato col vomere porta i denti incisivi (5). Avvertiamo altresì che il labbro leporino inferiore, del quale sino a questi ultimi anni s' era dubitato, fu ammesso dal Rossi, aggiungendo che allora la mandibola è qualche volta divisa (6).

---

(1) Op. minori II 437.

(2) Collez. d' osservaz. III 336. Il Flajani dice d' aver appreso questo metodo da un celebre *professore prussiano.*

(3) *Brunazzi Giuseppe*, Memoria sul nuovo metodo di unire il labbro leporino col mezzo d' una macchinetta. Faenza 1790.

(4) Op. c. p. 455.

(5) Exercitationes patholog. P. I Cap. X.

(6) Eléments de Médec. opérat. I 59.

Ne' Capitoli dell' Autoplastica, de' Tumori, delle Angectasie ecc. furono toccate parecchie malattie ed operazioni delle labbra: ai medesimi pertanto indirizziamo il lettore (1). Altrettanto faremo per le divisioni del palato, per la stafilorafia ed uranoplastica, delle quali è detto al Cap. 14 e 52. Neppure diremo di tutti i morbi della lingua, ma soltanto di parecchi, sui quali particolarmente si occuparono i nostri chirurghi, o per i quali ebbero occasione d'imprendere nuove operazioni, ovvero di mutare le già note. Pertanto accenneremo semplicemente che la *glossite* fu sopratuto illustrata dal Raggi (2) e dal Carminati (3); che intorno il *glossocele* il Palletta stampò una dissertazione fra quelle dell' Istituto Lombardo (4), ed un' altra il Penada nelle Memorie della Società Italiana delle Scienze su di uomo bilingue, e per meglio dire con lingua fessa (5). In un prolasso della lingua consecutivo a grande commozione del cervello Francesco Rossi si servì assai bene dell' elettricità e della borsa di Pibrac (6). I casi di glossorafia non sono tanto comuni che non meriti di essere rammentata quella fatta dal Monteggia (7) e l'altra dal Dott. Branca in una bambina di 13 mesi, che cadendo ebbe dai denti recisa presso che tutta la parte dinanzi della lingua: con due punti di sutura la ferita fu riunita, ed a capo di 10 giorni la cicatrice era perfetta (8). Più rilevante ancora è il caso del Dott. Giovanni Valeriani, giacchè la lingua da sei mesi era rimasta per ben quattro quinti troncata dai denti, trasversalmente un pollice sotto all' apice, in un accesso di eclampsia: nondimeno, benchè il mozzicone anteriore della lingua fosse sformato, le parti divise vennero riunite con sutura cruenta, e mantenute spianate mediante due assicelle strette ed allacciate insieme sui lati: la donna guariva e ricuperava spedita la favella (9).

---

(1) Cap. 10, 11, 14 e 16.

(2) Sulla glossitide. Ragionam. accad. Pavia 1809.

(3) Sulla glossitide (Mem. dell' Istituto Lomb. Veneto I 225.)

(4) A. 1821 T. II.

(5) T. VIII P. I 26.

(6) Elém. de Médec. opérat. I 204.

(7) Istituz. chir. Cap. V § 537.

(8) Ann. un. di Med. 1835 LXXIII 112. — *Danna Matteo*, Sopra un caso di ferita della lingua per caduta sul mento, osservato in un fanciullo (Guarigione senza cucitura). Padova 1853. Dissert. inaug.

(9) Raccoglit. med. di Fano 1860 XXI 454.

Tumori di diversa specie nascono e maltrattano la lingua: i modi di rimediarvi necessariamente sono diversi secondo che è la forma, la sede e l'estensione di quelli, ed anche secondo la peculiare loro natura. Talora i farmaci, come nei *nodi sifilitici*, possono bastare a scioghere l' intumescenza: ma il più delle volte abbisogna la mano del chirurgo, che, secondo le particolarità del caso, si serve della cauterizzazione, dello schiacciamento lineare, della legatura e dell' escisione. Vaccà Berlinghieri estirpò, legandolo con il serranodi di Desault, un vasto tumore sarcomotoso dalla base della lingua: dopo 9 giorni il tumore cadde e la donna guariva perfettamente (1). Il suo successore nella clinica di Pisa, il Regnoli, in una fanciulla, a cui un tumore, *scrofoloso* probabilmente, avea guasta la lingua dal terzo anteriore fino alla base, tenne altra via ; giacchè le sino allora conosciute non convenivano. Con un taglio in forma di T aperse la regione soprajoidea, e da quivi, tagliati gli attacchi dei diversi muscoli, trasse fuori la lingua, con due legature stringendo il tumore insieme con le arterie. Quindi cautamente escise quanto del tumore rimaneva fuori delle legature ; niun vaso considerevole gettò sangue: in fine il resto della lingua (che comprendeva il terzo anteriore, tutto il margine sinistro per circa due linee ed una piccola porzione di base corrispondente a questo margine) venne rintrodotto nella cavità della bocca, lasciando schiuse le parti per lo scolo della suppurazione. Dopo un mese e mezzo il piano buccale era del tutto chiuso, e la lingua avea riparato la sostanza perduta con un nuovo tessuto *molto vicino per organizzazione* al proprio, per modo che facilmente essa compiva ogni sua funzione (2). Cloquet e Mirault aveano già battuta la stessa via del Regnoli; aveano inciso il collo dinanzi allo joide per giungere alla base della lingua, legarla e farla cadere in gangrena: nondimeno il loro metodo differisce da quello del Professore Pisano, nè del medesimo può tenere le veci, ciò che anche dal Malgaigne e da altri riputati scrittori è consentito. Ripetè il Regnoli più volte, e sempre con buona fortuna, la predetta operazione: la quale,

---

(1) Giorn. di Scienze ed Arti di Firenze 1816 T. III. p. 65.

(2) Nuovo metodo per l' estirpazione della lingua immaginato ed eseguito dal Prof. Giorgio Regnoli, ed esposto dal Dott. Andrea Ranzi. Pisa 1838.

se, come *processo*, è censurabile per il grande squarcio che fa delle parti, perchè toglie ogni sostegno allo joide con pericolo della soffocazione retraendosi la lingua ecc.; come *metodo*, è meritevole di lode avendo indicato il modo di provvedere ai tumori profondi della lingua, allora che non basti la via naturale della bocca (1). E però il Sédillot all' apertura soprajoidea del Regnoli sostituiva la divisione verticale del labbro e della sinfisi del mento. Il Prof. Rizzoli in un vecchio di oltre 70 anni, che in pochi mesi avea incancherite, meno il terzo posteriore, la lingua e parte dei tessuti vicini, prosperamente servivasi di questo processo *submascellare*, variandolo in qualche parte per renderlo più spedito e sicuro. Divideva egli con la tanaglia ossivora la mascella su di un lato, dov' è più sottile che nella sinostosi: con un ago lanceolato munito di doppio cordoncino trapassava la lingua nel mezzo più indietro del limite del male, e, fatte due strette legature, recideva la porzione libera della lingua lasciando cadere in gangrena le restanti parti (2). Ad un giovine poi che ne' due terzi anteriori della lingua dalla parte sinistra, ed anche un po' dalla destra, avea un tumore di *natura erettile mista*, adoprava un processo composto di legatura e d'incisione, modificando felicemente quello del Mayor. (3). In altro caso in cui il cancro, o forse meglio cancroide, occupava quasi tutta la metà destra della lingua di una donna incinta, lo stesso chirurgo, piuttosto che tagliare il labbro e la mascella, incise la guancia dalla commessura della bocca al margine anteriore del massetere, evitando l' offesa del condotto stenoniano. Dalla fatta apertura trasse fuori la lingua, e con due aghi curvi lanceolati fece tre legature sulla linea mediana, le quali compressero e mortificarono tutta la metà destra della lingua stessa che cadde in nona giornata, nella quarta essendo già cicatrizzata la ferita della guancia riunita con due punti di sutura attorcigliata. La

(1) Il Dott. Giamattei di Lucca si serviva egregiamente del processo del Regnoli rendendolo in qualche parte più semplice: avvenne la riunione per prima intenzione, e dopo 14 giorni la guarigione era completa (Gaz. med. ital. Toscana A. 1851). Il Diday discorrendo di quest' operazione nella *Gazette médicale de Paris* scrive : « Voici un beau cas de succès obtenu grâce un procédé de M. Regnoli, procédé que, vu sa simplicité et les brillants résultats qu' il a donnés, on s' étonne de voir aussi rarement appliqué (A. 1852 p. 439) ».

(2) Mem. dell' Accad. delle Scienze di Bologna 1854 V.

(3) Bullet. Scien. med. 1856 V. 426.

donna partoriva quindi benissimo, mostrando anche in seguito stabile guarigione (1). Il Malgaigne nell' ultima edizione del suo Manuale di Medicina operatoria dice, che A. Richard in un caso, nel quale il cancro si spingeva molto indietro, non istette in dubbio di fendere la guancia per rendere più agevole l' operazione: *ressource exceptionnelle sans doute, mais qui au besoin ne serait pas à dédaigner* (2). E veramente la chirurgia è arte che alla moltiplicità e varietà dei casi deve saper adattare gli espedienti suggeriti dalla scienza con perspicace prontezza; ed anche escogitarne de' nuovi allora che gli usati non bastino realmente al bisogno. Ma a proposito delle parole del critico francese, occorre ch' io faccia osservare che in niun giornale medico m' è stato possibile di trovare indicata la predetta operazione di Richard, e neppure nella tesi di Von Capmas — *Des opérations préliminaires destinées à faciliter l'extirpation des tumeurs de la langue et du plancher de la bouche* (3). Bensì soggiungerò che il Maisonneuve nel 1858 in un caso di cancro della lingua e dei pilastri della volta palatina incideva di traverso le due guancie dalle commessure ai masseteri; ma la storia dell' operazione non fu pubblicata che nel II volume della *Clinique chirurgicale* dello stesso Maisonneuve, cioè nel 1864 (4); mentre che dell' altra del Rizzoli quattr' anni innanzi, e quindi prima ancora che il Malgaigne ristampasse per l' ultima volta il suo libro, era già stata data informazione in parecchie delle nostre effemeridi mediche (5). Vero è che fin dal 1832 il Prof. Michele Jaeger in un uomo, che avea una vasta ulcera cancerosa nella parte sinistra della lingua, aperse la guancia del medesimo lato *ex oris angulo ad parotin,* tanto per operare più comodamente, quanto per potere con maggior facilità frenare l' emorragia: anzi quel chirurgo soggiungeva, che datone il bisogno, non sarebbe rimasto in dubbio dall' *utramque malam persecare* (6). Ma

---

(1) Mem. dell' Accad. delle Scienze di Bologna XI 105. — Il Dott. Gaetano Ruggeri, a guisa del Rizzoli, operava un vecchio incidendo la guancia, e legando la lingua nella cui metà destra era un tumore canceroso (Bullet. Scien. med. 1866 I 106).

(2) Paris 1861 p. 499.

(3) Paris 1866 (Faculté de Médecine de Paris, Thése n. 217).

(4) T. II p. 364.

(5) Rendic. dell' Accad. delle Scienze di Bologna A. 1859 e 60, Adun. dell' 8 Marzo, p. 30. — Bullet. Scien. med. 1860 XIII 412 ecc.

(6) De extirpatione linguae. Commentatio chirurgica. Erlangen 1832.

è vero altresì che la proposta non fu molto favorevolmente accolta (1), sicchè anche l' operazione andò dimenticata: siccome raro divenne l' opuscolo che ne dava la descrizione. In ogni modo il RIZZOLI pel primo in Italia estirpava metà della lingua, aprendo una nuova strada a traverso della gota.

Il Prof. PORTA ha giudicato che cotesti diversi processi ed altri consimili di HUGUIER, MAISONNEUVE e CHASSAIGNAC non siano necessarj, le arterie linguali avendo sede fissa e superficiale, onde che possono venire legate esternamente sul collo sopra le corna dell' osso joide, che servono di guida per lo scoprimento e l' allacciatura; ovvero entro la bocca, dalla base all' apice sulla faccia inferiore della lingua, lateralmente alla linea mediana alla profondità di qualche millimetro. Al quale proposito lo stesso autore racconta che nel 1847, dopo aver esciso la metà sinistra della lingua, per copiosa emorragia, turata la ferita, passò a tagliare al difuori orizzontalmente gl' integumenti sul corno sinistro dell' osso joide, e, scoperto il tronco della linguale corrispondente, potè allacciarlo mediante filo di seta, cessando con ciò la perdita di sangue e ottenendo la guarigione dell' infermo (2). Ma, non considerando gli accidenti che fanno questa legatura quando difficilissima e quando persino impossibile (siccome avverte lo stesso MALGAIGNE (3), che pure ha insegnato un processo per afferrare l' arteria linguale al disopra del corno maggiore della joide); è da riflettere, che il taglio sopra-joideo e sottomascellare, non che l'incisione della guancia per amputare la lingua vennero proposti e praticati unicamente affine di poter operare sul tumore prolungatosi in dietro fin quasi all' osso joide, o quando il guasto abbia offeso anche il piano della bocca: e però la legatura della linguale non sarebbe che parte del metodo, o del processo. Comunque poi, quando tale legatura si volesse adoperare, meglio sarebbe

---

(1) *Hecker' s*, Wissenschaftlichen Annalen der Heilkunde 1834 XXVIII 468 (Articolo di Heyfelder).

(2) Relazione dei recenti progressi della Chirurgia in Italia. Milano 1867 p. 28.

(3) Manuel de Médec. opérat. Paris 1861 p. 163. — Veggasi ancora ciò che l' Adelmann, professore a Dorpat, dice della legatura delle linguali come mezzo per antivenire l' emorragia nelle amputazioni della lingua (Beiträge zur chirug. Pathol. der Arterien. In: *Langenbeck*. Archiv. für klin. Chirurg. 1862 III 1).

allacciare l' arteria prima ancora di cominciare le operazioni sulla lingua, affinchè non solamente l' emorragia venisse impedita, ma anche prevenuta, siccome appunto fece il Roux nel 1838 (1).

I due metodi dell' incisione e della legatura possono eziandio combinarsi insieme. Così appunto fece il Rizzoli, operando per la via della bocca, nel predetto giovine, che avea un grosso tumore erettile nella metà sinistra della lingua (2).

Ora mi sia concesso di ricordare che fin dal 1730 il Dott. Antonio Chierici di Modena amputava un tumore giudicato carcinomatoso dalla parte sinistra della lingua, distante un dito trasverso dall' apice, di figura elittica, con l' asse lungo 21 linee ed il diametro 15. L' operazione durò 10 minuti, comprese le 5 pause per sollievo del paziente: *niun' arteria* nè durante il taglio, nè dopo venne chiusa, parendo bene di lasciare spicciare il sangue affine di prevenire la febbre e l' infiammazione, l' infermo essendo giovane e robusto. Nondimeno fu esso colto da deliquio, e peggio sarebbe stato se l' emorragia non si fosse allora spontaneamente fermata. Dopo 14 giorni tutto dava a sperare perfettissima guarigione (3).

Dell' aneurisma dell' arteria linguale guarito con l' elettricità dal Dott. Squarci Cerboni, fu dato un cenno al Cap. 31.

Celso avea detto, che bisogna scalzare tutt' intorno col dito le tonsille indurite e svellerle; che se con ciò non si viene a capo di distaccarle, si afferrano coll' uncinetto e si recidono (4). Il Larghi in prima, poscia il Borelli di Torino ed il Botto di Genova hanno vo-

---

(1) Gazette médicale de Paris A. 1839 p. 489.

(2) *Romei*, Processo misto d' incisione e di legatura della lingua ecc. (Bullet. Scien. med. 1856 V 426).

(3) Di quest' operazione niuno fa cenno: l' Haller (Bibl. chir. II 31) ne cita la relazione con titolo latino (Relatio mirabilis operationis in tumore carcinomatoso linguae) lasciando credere che il Marescotti fosse l' operatore, quando invece stese soltanto, ed assai succintamente, la storia dell' operazione: nè il Portal (Hist. de l' anat. V 36), nè il De Renzi (Stor. della Medic. IV 516) ne sanno di più. Ecco la precisa indicazione dell' opuscoletto. « Relazione della mirabile operazione fatta in Modena al Padre Angelo Schivazappi Minor Conventuale da Bologna dall' Eccellentissimo Signor Dott. Antonio Chierici Professore di Medicina, e chirurgia, rilevata da una risposta data dall' Eccellentissimo signor Dott. Francesco Marescotti Modenese medico e chirurgo al Padre Maestro Giambattista Schivazappi Min. Con. Zio del sopranominato Religioso. Bologna 1730 8° con fig ».

(4) De Med. Lib. VII C. 12.

luto risuscitare quel *digito circumradere et evellere* del chirurgo romano (1). Ma, siccome venti secoli innanzi, eglino hanno dovuto persuadersi, che lo *snocciolamento con le sole dita è difficile*, e che bisogna ajutarlo traendo in fuori le tonsille con la pinzetta, Bernardino Moscati nel secolo scorso mostrava gl' incomodi e la lungaggine della legatura; ei proponeva di tagliare in croce l' amigdala per poscia esciderne un quarto per volta in successive giornate (2): cotesta pratica, suggerita da soverchio timore dell' emorragia, non ebbe verun imitatore; invece l' escisione ad un tratto di tutta la parte protuberante della tonsilla era allora generalmente seguita (3). Raccomandavanla particolarmente il Nannoni (4) ed il Cavallini di Firenze (5), il Petrioli (6) ed il Flajani di Roma (7), il Rivieri di Bologna, il quale altresì immaginava un' istrumento congegnato in modo da mantenere, tagliando, depressa la lingua (8). In Bologna pure Antonio Benevoli nell' anno 1719 faceva con le cesoje fortunata estirpazione delle tonsille (9): anzi è da soggiungere che quest' operazione per torre le tonsille, soverchiamente grosse ed indurite, fu raccomandata fin nel mille e duecento dal nostro Bruno di Longoburgo; il quale, di giunta, volendo impedire la recidiva, cauterizzava la parte su cui il taglio era stato fatto (10). Adopravasi anche nel secolo

(1) *Larghi*, Gaz. degli Osped. di Genova A. 1862 Feb.° — *Borelli*, Giorn. dell' Accad. med. chir. di Torino 1862, n. 5.

(2) Mém. de l' Acad. de Chirurgie Paris. 1774 XIV 296, 321.

(3) Il Sonsis di Cremona servivasi della legatura non come metodo generale, ma solamente per coloro che *non vogliono vedere alcuno strumento tagliente*. A tal fine egli immaginò di portare il laccio sulla tonsilla mediante una pinzetta, le cui estremità o branche incurvate e percorse all' esterno da un solco tengono innicchiato il laccio stesso, i cui capi dopo esser passati per un foro, che è nell' una e nell' altra branca sotto la loro curva, vengono poi stretti mercè un particolar serranodi detto dalla forma *gruccetta*. Il Nannoni che fa conoscere questo modo di allacciatura, lo giudica meno semplice, ma più sicuro di quello di Sharp (Trat. di Chir. 1ª ediz. II 10, 2ª ed II 8).

(4) Trat. di Chir. Siena 1785 II 14.

(5) Collez. di casi chirurgici T. II.

(6) Corso anatomico. Roma 1742 p. 148.

(7) Collez. di Osserv. III oss. 71 e 72.

(8) De novo ad tonsillas felicius extirpandas instrumento (Comment. Instit. Bonon. VII 130).

(9) Dissertaz. Firenze 1747. Osserv. XII p. 122.

(10) Cyrurgie magne Lib. II Cap. II Rubr. VI.

passato dal Molinelli, dal Bonioli, dal Moscati e quindi dal Manzoni la *scarificazione* fatta con la punta d' uno scalpello prestamente con mano leggera in più luoghi, e per diversi giorni ripetuta, affinchè le tonsille marcissero, e a poco a poco si consumassero (1). Certo è, diceva in proposito il Monteggia, che a fattura sì lunga sarà generalmente preferibile la recisione tutt' ad un colpo; ma per ammalati ripugnanti a quest' operazione non sarà male l' offrirne una più mite, siccome in un caso avvenne a lui stesso di utilmente provare (2). Or bene in cotesti soggetti timidi, o negli altri ne' quali potrebbesi temere soverchia emorragia, il Prof. Rizzoli consiglia di applicare la *pinzetta costrittrice* da lui adoperata nella cura dei polipi dell' utero e dell' intestino retto, acciocchè il tumore afferrato e stretto tra i denti di quelle branche chiuse dalla vite, che è nei manichi, cada ammortito (3). La difficoltà maggiore di questa pratica è di poter tenere in bocca quanto basta lo strumento costrittore: nondimeno l' ammalata del Rizzoli lo ritenne senz' incomodo per 18 ore, cioè fino a tanto che la tonsilla ne fu mortificata.

La vera degenerazione cancerosa delle amigdale non è fatto molto comune, sebbene frequentemente presso autori non moderni si trovi la parola *scirro* per indicare l' indurimento di quegli organi (4). Il cancro encefaloide della tonsilla sinistra venne osservato dal Rizzoli e dal Regnoli: amendue i chirurghi estirparono compiutamente la parte malata senza fare precedere l' allacciatura della carotide; anzi il primo tolse altresì due terzi del velo pendolo palatino perchè sin là il male si era allargato (5). Soltanto nel 1845 il Blandin asportò mediante la legatura il palato molle; e nel 1847 il Minich recise la parte stessa offesa da vasto cancro, che si era allargato nella parete posteriore della faringe e sopra amendue le tonsille. L' emorragia fu grave, ma il sangue non derivava dal taglio del velo, bensì dall'esci-

(1) *Manzoni*, Observat. Anat. pathol. Op. c. pag. 112.

(2) Instit. chir. Cap. VII § 932.

(3) Bullet. Scien. med. 1860 XIII 404.

(4) *Monteggia*, Istit. chir. Cap. VII § 937.

(5) L' operazione del Rizzoli fu fatta nel 1836, e l' operato dopo 24 anni proseguiva a godere buona salute (Bullet. Scien. med. 1859 XII 476). — *Ranzi Andrea*, Della degenerazione cancerosa e della completa estirpazione della tonsilla praticata dal Prof. Regnoli (Giorn. Toscano di Scien. med. Pisa 1841 I 288).

sione delle tonsille e del tumore della faringe (1). Nè emorragia ned altro accidente ebbe in fatti il Dott. Luigi Stroppa nell' escidere un sarcoma, o tumore fibroplastico, grosso quanto piccolo uovo di gallina dal velo pendolo di una donna. Di questo caso alquanto raro è riferita la storia nel I Volume del Giornale d' Anatomia e Fisiologia patologica del Prof. Sangalli (2). Un altro tumore di eguale volume, e probabilmente della stessa natura, venne poco prima snucleato dal palato molle di un uomo in ancor fresca età dal Prof. Botto di Genova: non fuvvi emorragia durante e subito dopo l' operazione, bensì nel corso della giornata, tanto che fu d' uopo servirsi del cauterio attuale per frenarla (3).

Diversi tonsillotomi sono stati proposti come nuovi, o come correzioni ai già conosciuti e principalmente allo strumento di Fahnestock; ma non occorre di qui farne particolare menzione, poichè nel trattato delle *Amigdalopatie che richiedono la escisione* del Dott. Biuni se ne trova per buona parte l' indicazione (4).

Il Dott. Fano nella sua tesi per essere aggregato alla Facoltà medica di Parigi trattando *Des tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais* (5), non ha ammesso fra i casi indubitati di aneurisma che quello comunicato dal Dott. Teirling (6). Ma il Vaccà ne osservò già un caso, da noi precedentemente ricordato (7), in cui l' aneurisma manifestavasi sotto la forma di piccolo tumore grosso quanto una noce, molle, e pulsante, situato vicino all' arco alveolare ed in corrispondenza dei due primi molari superiori. Il tumoretto fu riguardato come infiammatorio da certo chirurgo, che l' aprì con la lancetta. L' enorme quantità di sangue, che uscì da quest' apertura,

(1) Giorn. Veneto di Scienze med. 1850 I 93. Il Dott. Minich avvisa altresì, che l' escisione del velo pendolo senza emorragia fu fatta dal Dott. Medoro e dal Dott. De Luca.

(2) A. 1864 p. 208. — Di un cancro midollare sorto in prima sulla faccia posteriore del velo pendulo, e quindi propagatosi alla tonsilla destra ed alla faringe è cenno nel Catalogo del Museo anatomo-patologico dell' ospedale di Cremona (Ann. un. Med. 1869 CCIX) compilato dal Dott. Ciniselli. — Un caso notabile di *linfosarcoma primitivo* delle tonsille, diffuso quindi alle ghiandole linfatiche cervicali ed alla ghiandola tiroidea è stato descritto dal Dott. Giuseppe Milani (Gaz. med. Lomb. 1870 p. 17).

(3) Gazz. degli Osped. di Genova 1863 VI 31.

(4) Napoli 1854.

(5) Paris 1857.

(6) Gazette médicale de Paris A. 1855.

(7) Cap. 27.

ne fece conoscere la vera natura al clinico di Pisa, il quale arrestò l' emorragia per mezzo d' una stecca, di cui l' una estremità premeva contro la volta palatina corrispondentemente alla rottura dell' aneurisma, e l' altra era tenuta ferma ad una sbarra posta trasversalmente sotto ai denti superiori e legata alla testa. In altro caso lo stesso Professore ottenne la guarigione incidendo il tumore pel lungo, togliendone i grumi, asportandone le pareti e praticandovi sopra l' ustione. Tal modo di guarigione potrebbe far credere che si trattasse piuttosto di tumore erettile, che di aneurisma; ma il Betti, che narra le cose del suo maestro, afferma che questo secondo caso mostravasi con gli stessi caratteri del primo (1). Un tumore sanguigno varicoso fu dallo Scarpa nel 1795 compiutamente reciso con le forbici dalla membrana mucosa del palato osseo di un uomo, che l' avea sin dalla prima infanzia, e che con gli anni gradatamente era cresciuto fino ad esser grosso quanto una castagna: quell' era il primo esempio negli Annali della Chirurgia di tumore varicoso congenito nell' interno della bocca (2). Rispetto all' estirpazione dei tumori delle labbra vuol esser ricordato il procedimento del Prof. Rizzoli, mercè del quale, quando sia sana, è conservata la mucosa, di guisa che i margini della ferita hanno in questa un sostegno che loro permette di accostarsi e riunirsi formando regolare cicatrice: questa pratica è singolarmente applicabile ne' fanciulli, dove malagevole è la sutura e facile la lacerazione delle parti da essa comprese (3). Il Prof. Botto in parte strappò, in parte distrusse con i caustici un tumore che occupava tutto il palato duro, donde, distrutta la parete ossea, avea mandato propaggini negli antri d' Igmoro: il tumore era formato d'un tessuto carneo, consistente, elastico con alcuni caratteri diversi da quelli dei polipi fibrosi (4).

---

(1) *Betti*, Trad. delle Operaz. chir. dello Sprengel II 288.

(2) *Scarpa*, Opusc. di Chirurgia Pavia 1826 II 194. — In altro caso in cui il tumore sanguigno varicoso, parimente congenito avea radice nell' interno della metà sinistra del labbro superiore, lo Scarpa notava che la membrana mucosa, la quale veste il palato, la faringe e l' interno del naso, mentre era di colore roseo nella metà destra, nell' altra, corrispondente al tumore predetto, era di color fosco, interspersa di vasi varicosi, e per picciole nodosità aspra al tatto (Ivi p. 109) ».

(3) Bullet. Scien. med. 1852 XXII 70. Relazione del Dott. Baravelli.

(4) Gaz. degli Osped. di Genova 1859 p. 99.

Singolarissimo poi è il tumore cistico, grosso come uovo di gallina, veduto dal predetto Vaccà in un uomo di 50 anni fra le due colonne sinistre del velo pendolo. Sarebbesi detto un acefalocisti della tonsilla, che spinta in basso avea figura di appendice del tumore, se materia fluida avesse contenuto. Comunque sia, la cisti fu felicemente estirpata dal Dott. Frias, che anche ne pubblicò la storia (1).

Ai tumori tondeggianti pieni di liquido che formansi sotto la lingua, fu dato il nome di *Ranula*, denominazione bizzarra e indeterminata; perciocchè sotto la lingua ed a' suoi lati possono aver nascimento tumori d' ogni natura, che con il dorso o gozzo della rana non hanno se non grossolana somiglianza. Il Dott. Giosuè Marcacci in un' erudita dissertazione su quest' argomento, insisteva affinchè per ranula si dovesse intendere soltanto « un tumore nato sotto la lingua e formato da una raccolta di saliva nel Warthoniano condotto per ostruzione del suo orifizio, o di qualche tratto della sua estensione (2) »: egli voleva cioè confermare la restrizione introdotta dal Memnicks, la quale a dir vero non fu che un arbitrio. Nulladimeno cotal nome, per quella fortuna, che, come agli uomini, alle parole talora sorride, è rimasto ne' trattati quale denominazione collettiva dei tumori sotto-linguali, la condizione patologica o lo stato morboso speciale venendo dall' attributo significato. E però si contano la ranula *salivale*, la *non salivale*, quella *della borsa mucosa di Fleischmann*, *la congenita* di *Stoltz* e di *Denonvilliers*. Naturalmente a tumori così differenti non può convenire lo stesso modo di cura: nella ranula salivale dovrassi «togliere la causa ostruente, o questa essendo irremovibile, dovrà aprirsi una nuova via alla saliva mediante un' incisione praticata fra il punto ostrutto e la sua sorgente (3) ». La qual nuova apertura si consegue talora con quegli stessi mezzi adoprati per distruggere ed obliterare la cavità del sacco; distrutta cioè la parte del condotto dilatato è rimasto un orifizio per cui la saliva sgorga in bocca senz' impedimento.

Narra il Dott. Barovero, commentando il paragrafo della *Ranula* nel Sistema di Chirurgia operativa di Carlo Bell, di aver

---

(1) Storia di un tumore cistico ecc. Pisa 1824.

(2) Riflessioni critiche sulla Ranula. Pisa 1845 p. 14

(3) Ivi p. 15.

veduto un tumore il quale sporgeva fuori della bocca in un giovinetto, ed avea già rovesciati i denti canini della mascella inferiore, non che rivolto in fuori lo stesso arco alveolare: fu inciso e ne uscì un umore sieroso di color oscuro; la cisti quindi si raggrinzò per modo che la lingua dianzi protrusa potè rimanere dentro la bocca (1). Era questa una ranula? Quantunque ne desse per la sua posizione il sospetto, non era ranula il voluminoso tumore sottolinguale estirpato dal Dott. Angelo Vittadini. Era esso lungo 8 cent. e mezzo, largo quasi altrettanto, alto 5: la lingua spinta in alto e all' indietro a foggia di appello rendeva difficile il respiro. La sostanza estratta pesava 102 grammi, avea l'aspetto dello steatoma, ed anche l' analisi chimica vi trovò materia grassa (2). Di cisti nate nel piano inferiore della bocca e sporgenti, oltre che in questa cavità, nella regione soprajoidea begli esempi ne videro il Riberi (3), il Vanzetti (4), il Borelli (5), il Rizzoli (6) ed il Dott. Pietro Leoni (7): un altro ancora ne registrò il secondo dei Nannoni (8). Nel 1857 il Dott. Dolbeau pubblicò una memoria sulla *grenouillette sanguigne*, comprendendo con questo nome de' tumori sanguigni, o piuttosto tumori erettili venosi formatisi nella sede propria della ranula salivare. Ma la *ranula sanguigna* era già stata osservata da Monteggia, che appunto gli dà il medesimo nome, ovvero quello di *varicosa* « perchè appare livido il tumore, ed invece di contenere umore salivale, trovasi pieno di sangue contenuto in vene varicose, od anche travasato in cellule membranose; appartenendo alla classe dei tumori varicosi (9) ». In una fanciulla di 9 in 10 anni, il tumore essendo congenito, lo stesso Monteggia vedeva la ranula varicosa complicata con altri tumori similmente varicosi sopra la lingua e nel fondo della bocca.

---

(1) T. I P. II 66.

(2) Gaz. med. Lomb. 1865 p. 61.

(3) Op. min. II 451.

(4) Raccolta di Osserv. II 11.

(5) Annales clin. chir. Charcoviensis p. 72.

(6) Bullet. Scienz. med. 1855 IV 294.

(7) Giorn. med. di Roma 1867 p. 337.

(8) Trat. delle Materie chirurgiche, Pisa 1793. Probabilmente non eran che unico tumore que' due, che il Mori Lazzari trovava insieme comunicanti, l'uno essendo situato sotto la lingua l' altro nel collo (Giorn. della Soc. med. chir. di Parma 1811 X 267).

(9) Instit. Cap. II § 240.

(*Capo* 59.°)

APPARECCHIO SALIVARE. — FISTOLA SALIVARE. TUMORI PAROTIDEI. — ESTIRPAZIONE DELLA PAROTIDE.

La fistola salivale, se non è malattia grave, è sì incomoda, che i chirurghi per varj modi si sono studiati di chiuderla: essa è altresì molto ostinata, giacchè il continuo fluire della saliva impedisce che le parti si riuniscano. Allora che la porzione buccale del condotto stenoniano è obliterata, non v' ha che l' espediente di aprire nuova via alla saliva nell' interno della bocca, ovvero annullare la secrezione di quest' umore rendendo atrofica la parotide. La compressione non è mezzo sufficiente per ottenere quest' atrofia: la legatura del condotto stenoniano fra la glandula e la fistola, secondo che consigliava Viborg, sarebbe senza dubbio mezzo più sicuro, ma non senza inconvenienti, ned ancora tentato. L' altra proposta di abolire la funzione della ghiandola facendola infiammare per mezzo d' una minugia introdotta nel suo condotto, e lasciatavela tanto tempo che basti per ottenere quell' effetto, non avrebbe rispetto alla legatura niun vantaggio, essendo invece pratica più lunga (1). Oltre ciò il distruggere un organo, o l' impedirne l' ufficio dev' essere l' ultima arma della chirurgia. Non rimanendo pertanto che il primo compenso, per diverse maniere i chirurghi hanno procurato di dar foce alla fistola in bocca, e di tenere schiusa la fatta apertura con qualche corpo, siccome una minugia, un cordoncino, una cannuccia. Flajani modificava la pratica di Monrò non adoperando per trapassare la guancia che un ago munito di doppio filo di seta (2): Atti di Bologna per mezzo della cannula di piccolissimo trequarti conduceva a traverso della guancia un tubetto di piombo con parecchi pertugj sui lati per dare scolo alla saliva; tenevalo in posto fuori della bocca mercè d' un filo attaccato

(1) *Consolini Francesco*, Cura di una fistola salivale per lesione del dutto parotideo preceduta da alcune considerazioni (Lo Sperimentale 1861 VII 213).

(2) Collez. d' Osserv. III 305 Oss. 75

all' una estremità del tubetto, che poi allacciava all' orecchio; e di dentro lo fermava contro la mucosa allargando con l' unghia e piegando a modo d' uncino l' orlo trifido dell' altro capo del tubetto stesso. Tagliava poi il filo quando l' ulcera esterna era prossima a guarire, ed il tubetto internamente veniva staccato con un dito, o semplicemente con la lingua (1). L' Atti giovossi di questo suo procedimento con ottimo effetto in varj casi, ed il Velpeau non dubitava quello essere « à la fois un des plus simples, des plus ingenieux et des plus sûrs qu' on puisse imaginer (2) ». Lo stesso Velpeau nel 1823 proponeva di perforare in qualche guisa il condotto parotideo posteriormente al foro fistoloso, e formare una fistola interna affine di poter meglio chiudere l' esteriore. Nè nuova era l' idea, poscia che il Rossi di Torino fin dal 1806 raccomandava di legare il condotto stenoniano, scoperto con taglio all' esterno, dietro alla fistola, col fine di poterlo meglio aprire, divenuto gonfio per la trattenuta saliva, nell'interno della bocca, chiudendo poscia il foro esteriore mercè delle cauterizzazioni col nitrato d' argento. E tal metodo più volte era stato adoperato da quel chirurgo *avec le plus heureux succés* (3). Il Riberi partendo dal medesimo concetto dopo molti anni lo rimetteva in pratica in due diversi modi. Col primo, tesa la guancia ed incisi i tegumenti lungo il margine anteriore del massetere, si scuopre il condotto di Stenone, lo si separa dall' arteria e dal nervo, lo si lega e recide di dietro alla legatura; quindi traforata la guancia, si fa passare il filo della legatura, lungo poco più d' un pollice, in bocca, e si chiude con la sutura attorcigliata la ferita esterna. Il filo della legatura rimasto in bocca serve di conduttore alla saliva e prepara a questa via novella e permanente: esso cade dopo 16 o 25 giorni, ed anche più presto con qualche trazione. Con il secondo l' operazione è anche più spedita: trapassata con un gamautte retto e di lama stretta la gota, e reciso il condotto, mediante il dito in bocca si spingono in fuori le labbra della ferita, si afferra con la pinzetta l' estremità buccale od anteriore del condotto stenoniano, e lo si riconduce come nel primo modo nella cavità orale. Lo stesso Riberi, prevenendo il desiderio di Malgaigne, pensò eziandio al modo di ta-

(1) Del modo di trattare le fistole salivali (Opusc. scient. di Bologna 1819 III 117).

(2) Nouveaux éléments de Médec. opérat. Bruxelles 1835 p. 266.

(3) Élém. de Méd. opérat. I 257.

gliare il condotto stenoniano tra la fistola ed il muscolo massetere dalla parte della bocca, affine d' evitare la cicatrice esterna della guancia: ma difficile è mantenere un corpo straniero dentro la ferita, acciocchè questa infistolisca; e d' altra parte cotesto metodo operativo non potrebb' essere accomodato che ai soli casi di fistola della porzione buccale del condotto parotideo (1).

Allorchè la fistola sia recente, od almeno il condotto stenoniano non sia otturato, assai più agevole e spedita, ne è generalmente la cura: basta talvolta che la saliva possa seguire il suo corso perchè la fistola si chiuda. Ciò appunto otteneva in pochi giorni il Dott. Guglielmo Fradelloni, introducendo una di quelle setole, che i calzolaj mettono nello spago, nell' orifizio buccale del condotto, e guidandola, subito che uscita dal capo anteriore della fistola, nella porzione posteriore del canale stesso (2).

Guardando ai casi che ne vengono riferiti parrebbe che la formazione dei calcoli dentro le glandole, o ne' canali salivali fosse fatto alquanto frequente: ma per vero lo è meno che non sembra, giacchè tra le concrezioni che si danno per salivali, entrano eziandio altre specie di concrezioni del piano della bocca. L' indagine chimica assai gioverebbe per iscoprire la vera origine delle une e delle altre; ma pochissime sono coteste analisi, nè tutte di pari valore. Noi abbiamo quelle del Brugnatelli (3), l' altra del Semmola (4) e la recentissima del Prof. Ratti (5) per i calcoli salivari dell' uomo; le quali possono venire confrontate con le analisi instituite dallo Sgarzi sopra consimili concrezioni trovate ne' bruti (6).

---

(1) Ragionamento intorno alle ferita ed alle fistole del condotto stenoniano con proposta d' alcuni nuovi compensi operativi. Mem. letta al Congresso degli Scienziati in Torino nel Settembre 1840 (Giorn. delle Scien. med. A. III. Op. minori II 54).

(2) Raccoglit. med. di Fano 1838 I. — Il Dott. Rodolfi narra d' aver guarito una fistola salivale, sovrapponendo semplicemente collodion sul foro fistoloso del condotto stenoniano (Gaz. med. Lomb. 1854 Gen).

(3) Litologia umana. Pavia 1819 Append.

(4) Opere minori. Napoli 1845 p. 145.

(5) Giornale medico di Roma A. VI p. 147 nella Storia clinica di calcolo del condotto Warthoniano del Dott. Filippo Scalzi.

(6) Dimostrazione analitica di diverse specie di calcoli esistenti nel Gabinetto d' Anatomia comparata dell' Università di Bologna (Annali delle Scienze Naturali 1841 T. IX).

Le degenerazioni delle glandule salivali non sono molto comuni; anzi il Velpeau nel 1835 affermava non darsi veruna osservazione, la quale provi indubbiamente la glandula sotto mascellare essere passata allo stato di scirro o di cancro; mentre che gli esempj generalmente riferiti riguardano le circonvicine ghiandole conglobate (1). Pur nondimeno il Prof. Regnoli nel 1840 estirpava la glandola sottolinguale e la sottomascellare nelle quali la generazione carcinomatosa era manifesta: il fatto venne pubblicato dal Ranzi (2). La parotide per altro avrebbe il tristo privilegio di soggiacere più delle altre glandole congeneri al cancro, forse perchè, dice il Panizza, autore d'importante commentario intorno l'anatomia ed i morbi della parotide, quella oltre essere più estesa e superficiale, è cinta da maggior numero di vasi e di nervi. Anzi l'illustre anatomico descrive una forma di cancro della parotide in cui il tumore scirroso si era convertito in una massa fungosa, vascolare, bianco-rossigna, come la stroma del testicolo, tanto molle al tatto che si sarebbe detto contenere qualche fluido, mentre in realtà non ve n'era punto (3). Ma la disposizione della parotide a soggiacere alle affezioni cancerose oggi non appare sì grande quanto per lo passato, giacchè il microscopio ed una più sottile anatomia hanno distinto tutti que' tumori, che prima andavano confusi sotto il nome generico di cancro. In oltre non sempre cotali tumori sorgono dalla parotide; chè spesso pullulano dai tessuti che avvolgono la glandula, dagli altri che vi s'intromettono, e dalle parti adjacenti. Così è che nella regione parotidea troviamo tumori cistici, tumori fibrosi, lipomi, tumori erettili e via dicendo. Vi si trova anche l'encondroma, scambiato per lo addietro, secondo Dolbeau, frequentemente con lo scirro: il Ranzi uno ne estirpava che addentravasi negli strati superficiali della parotide (4). Il Ramaglia di Napoli osservava un aneurisma dell'arteria vertebrale, che, protuberando nella regione parotidea saliva fino alla metà dell'orecchio, e da una parte s'estendeva verso la nuca, dall'altra toccava la branca ascendente della mandibo-

---

(1) Op. c. p. 307.
(2) Raccoglit. med. di Fano A 1840 T. VI.
(3) Annotaz. chirurgiche sulla glandola parotide (Gaz. med. di Milano 1843 n. 10).
(4) Lez. di Patol. chir. III 144.

la (1). Pertanto il poter distinguere la precisa sede del tumore che si presenta nella regione parotidea, se cioè sorga dal seno stesso della glandola, ovvero sia ad essa esteriore, importa assaissimo per la pratica chirurgica; ma la diagnosi è piena di difficoltà e d'incertezze: intorno questo punto molto ha insistito il nostro Panizza. Vero è che Boyer avea affermato, e quindi gli altri trattatisti ripetuto, esservi un sintomo patognomonico per distinguere i tumori proprj della parotide dagli altri che, quantunque siano nella regione parotidea, sono estrinseci alla glandola; i primi cioè sarebbero immobili, mobili invece gli altri. Nondimeno fallace è questo criterio della mobilità, giacchè, come lo stesso Panizza s'è potuto persuadere, la parotide ingrossandosi è tratta fuori dalla propria nicchia, e più aumenta di volume e di peso maggiormente divien mobile; per l'opposto ingrossandosi le glandole linfatiche, che contornano la parotide, ed alcune altre piccole, che le stanno sopra, s'avrebbe un tumore immobile comunque estrinseco alla glandola salivale. Laonde la diagnosi sicura della sede della malattia non altrimenti può desumersi che dall'esame accurato del modo col quale è apparso il tumore, delle cause, dei sintomi, della qualità del paziente, e delle pregresse malattie. Il Vaccà, contro la massima del Boyer, teneva possibilissima l'estirpazione della parotide, concedendo per altro che somma è la difficoltà di eseguirla, avendola fatta due volte prima del 1820 (2). Ned altrimenti di Panizza; il quale aggiungeva che « anzi si dovrà eseguire l'operazione allora che la malattia sia limitata alla ghiandola, il tumore isolato, alquanto mobile, e che pel peso sia stato tratto fuori della sua nicchia ».

Del pari il Vanzetti, ribattute le ragioni di coloro che sostengono impossibile l'estirpazione di questa glandola, conchiudeva: *Extirpare parotidem sanam impossibile est, in tumorem degeneratam possibile est* (3). Considerando la posizione della parotide, quali e

---

(1) Filiatre Sebezio A. 1834 Aprile. — Esisteva altresì un'anomalia dell'arteria vertebrale nella parte superiore del collo.

(2) Lettera al Dott. Manfredini a p. 26 dell'opuscolo del medesimo Manfredini qui sotto citato.

(3) Annales Scholae clinicae chirurgicae Universitatis charcoviensis. Charchoviae 1846 p. 56. — Veggansi ancora le considerazioni che il Prof. Giosuè Marcacci fa seguire su questo proposito alla storia di *asportazione totale della glandola parotide* da lui testè felicemente eseguita (Lo Sperimentale Agosto 1870).

quanti vasi e nervi vi stiano attorno e vi penetrino dentro, giustamente può dubitarsi che la parotide sia stata estirpata allora che l' operazione apparve di poco momento, e lievi gli effetti della medesima. V' ha per altro qualche caso, notato dal Naegelè e dal Triquet, in cui la parotide può essere tolta senza recidere il nervo facciale; ma queste sono anomalie, che non distruggono la regola: evitabile piuttosto sarebbe il taglio della carotide esterna, se questa veramente il più delle volte solchi la superficie della glandola, siccome il Denouvilliers ed il Triquet suddetto affermano succedere. Difatti nelle operazioni praticate dal Manfredini (1), dal Magri (2), dal Signoroni (3), dal Radaelli (4), dal Baroni (5), dal Gorgone (6), dal Vanzetti (7) dal Ciniselli (8), per le quali pare che davvero sia stata estirpata la massima parte della parotide se non tutta la glandola, ebbesi reciso il nervo facciale, donde seguì la paralisi, rimanendo il più delle volte illesa la carotide esterna (9). Il Dott. Marzolo confermava le conchiusioni della Commissione dell'Accademia Medica di Parigi, di cui era relatore il Malgaigne, circa la possibilità d' estirpare tutta la parotide senza ledere il tronco del nervo facciale, raccontando d' aver trovato in un cadavere la carotide esterna isolata e sottoposta alla parotide; ed in altro le due parotidi non maggiori d' un grano di fava presso il margine *anteriore* del massetere. Quindi soggiungeva, che in un caso da lui operato nel 1847 (trattavasi di tumore scirroso nella regione parotidea grosso come mezza melarancia, cui era annesso altro tumore più piccolo collocato nello sbocco del condotto stenoniano) potè evitare il

(1) Storia di due estirpazioni di Parotidi accompagnate da alcune considerazioni. Modena 1824.

(2) Estirpazione di un vasto tumore, unitamente alla parotide, susseguita da paralisi del lato della faccia (Ann. un. di Med. 1827 LII 365).

(3) Di alcune rare operazioni sul capo (Ivi 1840 XCV 5).

(4) Estirpazione totale della parotide *scirrosa*, sinistra (Giorn. med. chir. di Pavia 1841 XV 135. — Morta dopo tre mesi l' operata, nulla trovossi nella regione parotidea sinistra che dir si potesse parotide, o con essa mostrasse somiglianza.

(5) *Mazzoni*, Sui tumori della regione parotidea (Giorn. med. di Roma A. 1867 fasc. IV).

(6) Estirpazione di parotide e massetere scirrosi. Palermo 1842.

(7) Annales Scholae clinicae chirurgicae Op. cit. p. 49. — Annales de Chirurgie 1844 T. XI.

(8) Sulla demolizione dei tumori della parotide (Gaz. med. Lomb. 1858 n. 4).

(9) Nel caso del Marzuttini quest' arteria fu ferita (Memoriale della Med. contemp. A. 1846 T. XX), ed egualmente nell' altro precitato del Prof. Marcacci.

tronco del nervo facciale e la carotide esterna posti *al dinanzi* dell' apofisi mastoidea, e dei muscoli che ne dipendono, liberi da involucri acinosi. Ma non ischivossi perciò la paralisi di alcuni muscoli della guancia e particolarmente del bucinatore, giacchè furono recise parecchie diramazioni superficiali del settimo pajo (1). Per altro non sempre la recisione del nervo facciale, e la consecutiva paralisi fanno prova che il tumore estirpato dalla regione parotidea fosse veramente dentro la glandola; perciocchè quand' anche quello sia fuori di questa, cotale accidente può succedere. Ciò appunto accadeva nell' uomo a cui il Barbantini tolse un vasto tumore alla parte laterale della faccia formato da glandole linfatiche carcinomatose (2); ed anche nella donna operata dal Vanzetti, che aveva un tumore fibroso, grosso mezzo pugno, radicato nella parotide sinistra (3). Paralisi della palpebra inferiore e della gota susseguì pure all'estirpazione fatta dal Prof. Costantini di enorme tumore canceroso della regione parotidea (4). Ma piuttosto che la parotide, altri, e particolarmente il Dott. Costanzo Mazzoni, dubitò questo enfiato essere sopraparotideo avuto riguardo in principal modo alla specie delle arterie che nell' operazione vennero recise, ed alle altre che ne furono risparmiate: se non che qui ancora avrebbero potuto essere quelle particolari disposizioni di vasi di cui più sopra facemmo cenno; onde che la mascellare interna, la carotide esterna e lo stesso tronco della jugulare profonda non vennero tocchi. In ogni modo il tumore estirpato dal chirurgo romano era di mole straordinaria, poscia che alla base avea la circonferenza di 12 pollici, all' estremità di 8, misurandone 7 in lunghezza. Il predetto Dott. Mazzoni dalla sostanza intermedia della parotide levava un vasto adenoma, che a bella prima avrebbe potuto far credere fosse stata veramente la glandola (5).

---

(1) Intorno all' estirpazione totale della parotide, Osserv. anat. chir. (Gaz. med. Prov. Venete 1859 p. 229).

(2) *Barbantini*, Lettera intorno ad alcuni argomenti ecc. Lucca 1827 p. 27.

(3) Annales Scholae Clinicae etc. p. 56.

(4) Saggio della Clinica chirurgica per gli anni 1852, 53, Roma 1853 p. 37.

(5) Sui tumori della regione parotidea. In: Giorn. med. di Roma 1867, fasc. IV. — Il Prof. Sangalli ha descritto un vasto encondroma della regione parotidea importante per la storia dei tumori, giacchè in esso ed a lui intorno si trovò *qualche specie* di quei tessuti che si hanno nel cancro: cotesto fatto convaliderebbe sempre più la dottrina della *sostituzione* di un tessuto ad un altro (Lavoro d' Anat. e Fisiol. patol. 1866 III 144

E però niuno è che non vegga come molte volte sia difficile dare sicuro giudizio intorno la precisa sede del tumore estirpato da cotesta *pericolosa* , siccome la disse Amussat, regione parotidea: la Società Medico-chirurgica di Bologna fè , può dirsi, toccare con mano tale difficoltá allora che discusse se veramente fosse parotide il tumore estirpato dal Dott. Peruzzi e dal medesimo sottoposto all' esame dell' illustre Consesso (1).

Al Dott. Borelli noi dobbiamo altresì la storia d' un fatto rarissimo, e che insieme mostra per quanti accidenti anche le più accurate indagini non giungono a determinare la vera natura ed il sito proprio de' morbi: il tumore era nella regione parotidea ed aveva molti caratteri proprj del lipoma; ma soltanto allora che furono incise le parti che coprivano l' enfiato, si vide che il lipoma stava dietro alla parotide, la quale, sana ed alquanto schiacciata, quello interamente copriva, ed in alcuni punti gli stava attaccata. Sciolto e levato il tumore, la glandola fu riposta nella propria nicchia e contenutavi: la febbre non fu gagliarda che ne' primi giorni, e la cicatrice si compiè sollecitamente (2).

B. — COLLO

(*Capo* 60.°)

ASCESSI PROFONDI DEL COLLO. — TUMORI. — IDROCELE — GOZZO.

Se *pericolosa* è la regione parotidea, non meno temibile è quella del collo, le cui parti laterali e superiori da parecchi anatomici sono appunto distinte come sede delle glandole salivali. E veramente rischioso

(1) Bullet. Scien. med. 1852 XXI 286, 353, 369.
(2) Raccolta di Osservaz. clin. patol. II 413.

è l' operare sovra parti dove nervi, arterie e vene come la jugulare, la carotide, il pneumogastrico, il gran simpatico, scorrono s' aggirano, s' incrociano, si diramano. Pertanto la stessa malattia, la stessa operazione ha differente importanza e rischio secondo che sia o si faccia nelle parti superficiali o piuttosto nelle più interne. Ciò vediamo manifestamente rispetto alle infiammazioni, le quali fin tanto che rimangono nella superficie del collo nulla hanno di particolare; laddove che quando abbiano sede profonda, di dietro al muscolo sterno-mastoideo ed all' aponeurosi cervicale, sono malattie gravi, e soltanto con delicata operazione posson essere fuori svotate le marcie, che di seguito a loro si formano. Vuolsi insieme ardimento e maestria, ciò che appunto mostrò il Petrunti allorquando ebbe ad aprire un vasto ascesso retroesofageo, che nel collo avea formato ampio edema, e spostato in avanti la laringe (1). Ma la suppurazione può anche fluire nel collo dalle parti superiori, dalle tonsille ad esempio, siccome il Riberi due volte ha veduto (2). Similmente l' estirpazione di certi tumori non può esser fatta da questa parte del corpo se non da mano perita e coraggiosa. In ciò pure si distinsero, per dire di alcuni il suddetto Petrunti (3), il Biasi (4), il Pugliatti (5), il Chiari, il quale, dice il suo lodatore, svellendo una struma voluminosa dal collo fece cosa che altri chirurghi aveano ricusato di fare e riputata quasi impossibile dallo stesso Dupuytren (6). Un grosso tumore duro, indolente, già ulcerato e minacciante cangrena, venne dal Dott. Caccioppoli estirpato ad un uomo dalla parte destra ed anteriore del collo: il tumore avea il volume della testa d' un adulto e pesava cinque chilogrammi circa (7).

L' ascesso nella vagina del muscolo sterno-cleido-mastoideo, dal Velpeau descritto, fu pure osservato dal Vanzetti (8). Il Melchiori poi prima d' ogn' altro ha posto mente ad un particolare indurimento

---

(1) Filiatre Sebezio 1839 XVII 27.
(2) Op. minori II 433.
(3) Il Severino 1832 p. 129, 289.
(4) *Canella,* Giorn. di Chir prat. 1829 VIII 287.
(5) Giorn. delle Scien. med. di Napoli A. 1846 Vol. I n. 6, 7 e 8.
(6) Filiatre Sebezio 1850 XXXIX 43.
(7) Il Morgagni 1862 IV 147.
(8) Annal. Clin. Chir. Charcov. p. 160

infiammatorio del muscolo sterno-cleido-mastoideo per *effusioni plastiche* in più punti in forma di nodi grossi circa come una nocciuola, che espandendosi anche si riuniscono insieme ingrossando il muscolo maggiormente nel mezzo, dove la guaina meglio può dilatarsi. Quantunque dolorosissima questa è malattia semplice, che facilmente si risolve, nè mai offende amendue gli sterno-cleido-mastoidei, ma soltanto il destro od il sinistro. Crede l' autore che essa avvenga per effetto di compressione o stiramento sofferto dal muscolo stesso nell' atto del parto (1).

Fra le prime sue imprese chirurgiche il Regnoli contava quella di avere nel 1822 operato felicemente una fanciulla dell' idrocele del collo, che sulla regione carotidea destra si estendeva dallo sterno al mento (2); il suo collega Andréa Ranzi una pure estirpò di queste cisti, la quale fu singolare per ciò, che il siero limpido che conteneva, raccolto subito in un bicchiere, formò un coagulo come farebbe il sangue, salvo che di esso non eravi la parte colorante (3). L' idrocele veduto dal Marzuttini teneva notabili dimensioni: lungo dieci pollici ne girava tredici alla base: punto che fu, lasciò sgorgare trent'once di liquido simile al caffè (4). Maggiormente degno di menzione è il caso osservato dal Dott. Petrali, perciocchè la cisti era multipla e s' intrometteva nella cavità toracica (5). Non cisti acquosa, ma *meliceride* era il tumore estirpato dal Dott. Liberi; grossa quanto la testa di un uomo, quella s' estendeva dalla laringe alla scapola, rasentando l' angolo destro della mascella inferiore superiormente, e di sotto la clavicola (6). Tutti questi tumori erano estrinseci al corpo della tiroidea; i molteplici tumori della quale sono aggruppati sotto la denominazione generica di *Gozzo.*

Il Monteggia, accennando questa distinzione, chiamava *gozzi spurii* gli anzidetti enfiati, appunto perchè fatti non da ingrossamento della ghiandola tiroidea, ma da un tumore soprapposto o vicino (7).

---

(1) Gazzetta med. ital. Prov. Sarde. Torino 1861.

(2) Nuovo Giorn. dei Letter. di Pisa XXV 106.

(3) Lezioni di Patol. chir. III 235.

(4) Mem. della Soc. med. chir. di Bologna 1843 III 319.

(5) Ann. un. di Med. 1838 LXXXIV 117. Venne guarito mediante l' incisione combinata al setone.

(6) Ann. un. di Med. 1831 LX 297.

(7) Istit. Cap. VII § 297.

Il *gozzo vero* ha formato argomento di parecchi pregevoli lavori in Italia; posciachè questa sfortunatamente in parecchi luoghi ha endemica quella deformità, che pur si spinge sino alla abbjezione del cretinismo. Ma noi qui non possiamo neppur toccare le importanti quistioni di etiologia e di igiene che sul proposito furono agitate e svolte dai nostri scrittori: il Prof. Corradi le compendiava testè nell' Informazione circa l' Igiene pubblica in Italia scritta per incarico del Ministro dell' Istruzione (1). Bensì ci limiteremo parlare del gozzo nelle strette pertinenze della chirurgia. Il Dott. Carlo Sacchi, chirurgo in Treviglio, nel 1832 stampò negli Annali Universali di Medicina una pregevole dissertazione ricca di fatti clinici, e di ricerche anatomiche incominciate prima ancora che in Italia fossero noti i lavori di Walther sul medesimo argomento (2). La tiroidea può essere semplicemente aumentata di volume senza *qualitativa sensibile alterazione* della propria tessitura, l' accresciuto lume dei vasi principali, e soprattutto de' venosi, essendo presso che sempre proporzionato al volume del gozzo. Ma la semplice *ipertrofia tiroidea*, dice lo stesso autore, se perduri subisce varj cambiamenti di forma come di tessuto; per altro coteste varie morbose apparenze si possono ridurre a due sole (gozzo strumoso — gozzo molle idatideo, acquoso o volgarmente linfatico), le quali sebbene fra loro sempre distinguibili, forse non sono che gradi diversi del medesimo processo morboso; perciocchè come il gozzo linfatico non è ordinariamente che una successione dello strumoso, del pari questo succede quasi sempre all'ipertrofia. Così è che un enorme gozzo aneurismatico subì col progredire tali cangiamenti da presentare vero tipo di gozzo linfatico incipiente. Contro l'opinione dello Scarpa procurava mostrare mediante il fatto anatomico la possibilità della degenerazione cancerosa della tiroidea. Il Prof. Porta confermava quindi cotesta possibilità nel libro da lui dato intieramente alle malattie ed alle operazioni della ghiandola tiroidea (3). Secondo quest' autore la tiroidite è malattia propria che può manifestarsi senza il broncocele (4); più spesso per altro quella succede allora

---

(1) Milano 1868 (dagli Ann. Univ. di Medicina).

(2) Sopra il Gozzo. Saggio di Osservazioni Vol. LXIV p. 468.

(3) Milano 1840.

(4) Un bell'esempio d'infiammazione acuta della tiroide in una vecchia d [illegible]

che la ghiandola ha già *qualche esorbitanza di volume.* L'igroma è alcune volte esito della tiroidite; ma generalmente appare in modo clandestino e spontaneo: esso è formato da una cisti sierosa nuova, la quale nata in grembo alla ghiandola è d'ordinario coperta da un involucro, o corteccia, più o meno grosso dato dal parenchima della stessa tiroide. Quando l'igroma sia voluminoso il Porta consiglia, i metodi comuni essendo od insufficienti o troppo lunghi, di escidere porzione della cisti separata dal parenchima che la copre, riunendo la ferita con la cucitura: ne segue talora violenta infiammazione di tutta la glandola; ma questo pericolo è pur comune agli altri metodi, ed anche alla semplice puntura.

Avendo avuto opportunità di disseccare parecchi gozzi detti aneurismatici, lo stesso Porta vedeva che le arterie tiroidee superiori ed inferiori colle loro diramazioni, sono realmente grossissime è tortuose, ma che la ghiandola nulla offre di aneurismatico; e però ei ritiene che l'idea d'un gozzo aneurismatico sia generalmente falsa, o per lo meno mancante di fondamento anatomico e suggerita dalle sole apparenze del tumore. L'ipertrofia è la più semplice delle alterazioni della tiroide, ma non la più comune, perciocchè ben tosto susseguono, come avvertiva il Sacchi altri mutamenti. Di 100 gozzi, 80 almeno vengono da vegetazioni nuove; le quali tanto che siano cisti, quanto tumori parenchimatosi, non appajono come degenerazioni od aberrazioni organiche del parenchima proprio, bensì quali corpi o prodotti novelli, nati probabilmente entro il tessuto connettivo interstiziale. A tali produzioni semplici della tiroide, giacchè spessissime volte si combinano insieme e non hanno sintomi veramente caratteristici, e differenziali, vorrebbe il Porta riserbata la denominazione di *gozzo* o *broncocele,* chiamando le altre alterazioni o stati patologici coi nomi più adatti a significare la loro natura o condizione. L'ipertrofia congenita della ghiandola tiroidea è avvenimento tanto insolito, che il nostro autore non ebbe occasione di vederla che una sola volta, e molti anni dopo aver pubblicato l'azidetta sua opera (1). Nondimeno altro esempio n'avea veduto Francesco Mondini in un

---

senza che altre cause, in fuori di quelle che diconsi *reumatizzanti*, avessero operato, venne esposto dal Dott. Francesco Montagna nella Gazzetta medica di Trento (A. 1841 p. 505).

(1) *Sangalli.* Giorn. d'Anat. e Fisiol. patol. 1866 III 37.

feto di circa otto mesi: quel valente anatomico lo descriveva diligentemente in una dissertazione letta all' Accademia delle Scienze di Bologna nel 1834. Il caso è tanto più notabile che nel Bolognese il gozzo non è endemico (1).

La cura medica risolvente delle produzioni organiche semplici della tiroidea, ovverossia del broncocele se generalmente è utile, non riesce proprio radicale che in un piccolo numero di casi e nei più lievi: lo jodio giova pure, secondo che per molti esperimenti corroborati dall' analisi chimica è provato, anche applicato all' esterno. La cura chirurgica non si dovrebbe fare che per necessità; molto più che operando in questa parte non poche sono le difficoltà, tanto per il pericolo proprio dei diversi procedimenti, quanto per la deforme cicatrice che ne susseguc in luogo così appariscente, e che è non piccola parte della venustà muliebre. Il Professor di Pavia giudica improprio il caustico, incerto il setone, insufficiente la legatura delle tiroidee superiori, già proposta da Lange e da Jones, quindi tentata primamente da Blizard, poi da Walther e dallo stesso Porta: l' estirpazione è metodo violento ed inutile per la cura radicale della malattia. In sua vece debbonsi evacuare le materie contenute nel tumore, ovvero snocciolare le cisti o sarcomi che si sono formati nella ghiandoia, senza punto toccarne l'esterno involucro, senz'offendere i tronchi arteriosi, nè scoprire gli organi più nobili del collo. Questo metodo dello snocciolamento, o dello svotamento della ghiandola gozzuta fu dal Porta felicemente in varj casi praticato. Ma poichè non basta legare la tiroidea superiore per far cadere in atrofia il broncocele (2), lo stesso clinico tentava l' allacciatura di ambedue le arterie del medesimo lato, quantunque sia operazione molto più ardua legare la tiroidea inferiore che la superiore. Gli riuscì infatti di vedere scomparire un grosso gozzo in una giovane contadina, cui le suddette due arterie vennero legate. All' operazione, che fu lunga e laboriosa, susseguirono varj accidenti (flemmone, emorragia, lunga e copiosa suppurazione), di cui alcuni possono aver con-

---

(1) Novi Comment. Instit. Bonon. III 343.

(2) Quantunque enorme ed antico fosse il gozzo della donna curata dal Dott. Marzuttini, allacciata la tiroidea superiore, quello notabilmente diminuiva (Memoriale della Medic. contemp. XIV 237). — *Bianchessi Angelo*. Broncocele felicemente curato colla legatura delle arterie tiroidee superiori (Ivi 1841 V 231).

tributo al disfacimento del tumore. L' autore per altro assevera di aver quindi adoperato il medesimo procedimento in più casi, e con tale effetto da essere persuaso della sua ragionevolezza e valore (1). In ogni modo l' operazione è grave; nè sempre si può andar sicuri, che, a causa delle naturali comunicazioni o delle altre formatesi in grazia della malattia, l' allacciatura delle due arterie di un sol lato sia sufficiente provvedimento. Il Sacchi ha lodato la potassa caustica, e l' ha adoperata non con la mira di distruggere il tumore, bensì per dar uscita alle marce profondamente raccolte, o per risolvere più facilmente le parziali durezze successive a processi flogistici. Il Larghi invece, incisi gl' integumenti, intromette nel gozzo cistico de' cilindri di nitrato d' argento e ripetutamente ne cauterizza la cavità: esso narra d' aver conseguito parecchie guarigioni senza alcun sinistro (2). Per altro ciascun vede che cotesta pratica non potrebbe essere prudentemente adoprata che quando si fosse certi che il gozzo è cistico, e che la cisti non è molto pronfonda: ma neppure con queste cautele qualsiasi pericolo è rimosso; siccome è accaduto al Bonnet, il quale, distruggendo la cisti con la pasta di cloruro di zinco, ebbe anche rosa la tiroidea superiore, d' onde venne irreparabile emorragia. Il setone, già molto in uso presso i nostri chirurghi del medio evo, è stato adoprato con buona fortuna dal Quadri di Napoli: quando i fili da soli non bastavano a produrre la necessaria infiammazione, egli ne eccitava una più efficace introducendo lungo quelli dei pezzetti di radice di elleboro (3). Ei non pretendeva per altro che tal metodo convenisse in ogni specie di gozzo: ne' *gozzi liquidi* od *umorali*, anzi che ne' *carnosi*, il setone, come anche avvertiva il Monteggia, è più particolarmente indicato (4).

V' ha tal gozzo, che se anatomicamente non forma specie distinta, merita nulladimeno considerazione sotto il rispetto clinico; avvegnacchè esso in luogo di sporger fuori, calando giù e crescendo dietro

---

(1) Della legatura delle arterie tiroidee per la cura del Broncocele (Ann. un. di Med. 1850 CXXXVI 5).

(2) Giorn. dell' Accad. med. chir. di Torino 1856 XXV 3. — Ann. un. di Med. 1866 CXCVI 38.

(3) *Brera*, Nuovi Commentarj di Med 1818 II 169

(4) Inst chir Cap VII § 1037

lo sterno o la clavicola, comprime la trachea e minaccia soffocazione. Ma questo medesimo effetto si ha eziandio da tumori del tutto estrinseci alla tiroide: e per vero non sono tutti broncoceli quelli che Bonnet nel 1850 ha chiamato *goître suffocant*, e Malgaigne *goître plongeant*. Il Prof. Rizzoli in uno di cotali gozzi, che avea condotto una povera donna all' estremo della vita, adoperò felicemente l' estirpazione, tratto che ebbe fuori di sotto lo sterno il tumore e legatone il grosso piede che l'attaccava alla tiroide (1). Monteggia, cui dobbiamo alcune buone osservazioni anatomiche intorno questa malattia, narra fra gli altri casi d'un gozzo che convertitosi in ascesso, penetrò nel mediastino e nella cavità sinistra del petto, divenendo letale (2): il Riberi invece ebbe la buona ventura di vedere tre ascessi della glandola tiroide aprirsi nella trachea, e guarire poscia perfettamente la fistola ed il tumore (3). Ricorderemo da ultimo alcune importanti osservazioni pratiche fatte dal Flajani intorno al gozzo (4). Ad un giovane Spagnuolo dopo tre anni di dimora in Roma sopraggiunse un tumore nell'anterior parte del collo, il quale nel volger di quattro mesi si aumentò in guisa da occupare anche le parti laterali del collo. Restò sotto la cura del medico per sette mesi non tanto per il tumore, quanto a cagione del continuo affanno e di un *palpito straordinario nelle regioni del cuore*. Il Flajani trovò l' infermo «consunto ed emaciato forse dai frequenti salassi, ai quali era obbligato ricorrere almeno ogni mese, i polsi irregolari, ma non febbricitanti». In quattro mesi potè ottenere la guarigione non altro usando che bagni di posca fredda animata con una dose di sale ammoniaco, e quindi applicando nella notte una striscia di tela, così ampia come il tumore, spalmata di un linimento con ispirito di vino e canfora. Si *dileguò la palpitazione* e l' infermo potè riprendere la professione di pittore. In altri due casi *(i cui accidenti erano quasi consimili a quelli ora descritti)* fu ottenuta la guarigione con gli stessi mezzi. Forse da questi casi s' è creduto che il Flajani sia

---

(1) *Rasi Demetrio*, Storia di un gozzo aneurismatico operato (nel 1833) dal Prof. Francesco Rizzoli (Bullet. Scien. med. 1845 VII 237).

(2) Quaedam de Bronchocele. In: Fasciculi pathologici Med. 1789 p. 77.

(3) Op. minori II 446.

(4) Collez. d' Osserv. III 270.

stato il primo a parlare del così detto *Morbus Basedowii, o Gozzo esoftalmico;* ma per verità il chirurgo Romano non fa punto menzione di *occhi sporgenti,* e tanto meno di *esoftalmo.*

(*Capo* 61.°)

CORPI ESTRANEI NELL' ESOFAGO E NELLA LARINGE ESOFAGOTOMIA, LARINGOTOMIA E TRACHEOTOMIA

Il Cap.r XIV delle Esercitazioni patologiche del Palletta porge un buon tributo alla storia delle malattie dell'esofago, giacchè comprende certo numero di casi pratici intorno le diverse specie di disfagia (1). Negli opuscoli di chirurgia di Sebastiano Miglavacca avvi pure una pregevole storia di disfagia prodotta da intumescenza nella parte superiore dell' esofago guarita con l' uso delle candelette (2).

Verduc, per quanto pare, consigliò pel primo di estrarre i corpi stranieri caduti nell' esofago incidendo questo canale; Hévin approvò la proposta: ma soltanto il Guattani mostrò la possibilità di quest' operazione con esperimenti sui cani, ed espose il metodo di praticarla nell' uomo (3). I precetti del chirurgo di S. Spirito sopra l' esofagotomia furono abbracciati dai più valenti chirurghi nostrani e forastieri, tutti al pari di lui consigliando l' incisione dell' esofago anche nel caso che il corpo arrestato nell' esofago, e che per altro modo non potesse essere mosso e levato, non facesse tumore all' esterno. Ma in seguito altri autori come Sabatier, Callisen, Carlo Bell, Richerand, restrinsero il campo dell' esofagotomia, proscrivendola in tutti i casi in cui non vi fosse tumore esterno. Andrea Vaccà ritornando ai

---

(1) Exercit. Pathol. Pars I.

(2) Opuscoli di Chirurgia. Crema 1794 p. 85. — Il Delle Chiaje ha osservato una straordinaria dilatazione dell'esofago: nel principio e nella fine avea questo canale le ordinarie dimensioni; ma nel mezzo era otto volte più largo del naturale (Il Progresso di Napoli A. 1840 Fasc. di Marzo ed Aprile).

(3) Mémoires de l' Acad. R. de Chirurgie. Paris 1757 VIII 365.

primi e più arditi insegnamenti, metteva, che in tre specie di casi l' esofagotomia si dovesse tentare, e cioè: quando il corpo estraneo fermato lungo l' esofago non può con nessun mezzo che l' arte fornisce essere estratto, nè dev' essere per ragione delle sue qualità meccaniche o chimiche cacciato in basso; — allorchè esso desta dei sintomi urgenti e gravissimi; — quando esso corpo sta immobilmente nella superior parte dell' esofago. Con un nuovo strumento detto *ectopesofago*, o spostatore dell' esofago, porgeva modo di eseguire con facilità e sicurezza l' operazione, spostando l' esofago ed in fuori portandolo, così che il taglio si possa instituire senza pericolo di ferire arterie e nervi. Tale strumento è un' asta d' acciajo nascosta in una cannula metallica alquanto curva, bipartita nella metà inferiore, la quale portata sin dove l' operazione deve istituirsi, e resa libera dalla porzione di cannula che la contiene, per la sua natural forza di elasticità spinge in fuori mediante un suo ramo, e da quella parte che vuolsi, l' esofago (1). Avvertiva per altro il VACCÀ che l' istrumento da lui immaginato non è indispensabile per eseguire l' esofagotomia, un'algalia, meglio che il catetere a dardo, potendo bastare per sollevare l' esofago, e guidare così l' incisione, siccome ei medesimo avea proposto fin dal 1793 pubblicando le Riflessioni sul trattato di Chirurgia di BENIAMINO BELL (2). Pertanto il VELPEAU scrivendo che allo strumento del VACCÀ poteva sostituirsi più comodamente il catetere col dardo di FRATE COSIMO, ed a questo ancora l'ordinaria algalia (3), ripeteva precisamente quanto il chirurgo toscano avea detto nel 93 e tornato a dire nel 1820. MALGAIGNE poi mostra di malamente conoscere la storia dell' esofagotomia quando racconta, che GIRAUD, *suivi par VACCÀ BERLINGHIERI*, ha consigliato una siringa d'argento ordinaria od uno strumento più complicato per fare protuberare l' esofago (4). GIRAUD per mezzo di VIGNARDONNE faceva la sua proposta soltanto nel 1805, cioè 12 anni dopo il chirurgo di Pisa; inoltre ei suggeriva d' introdurre il catetere col dardo di FRATE COSIMO, od altro analogo ordigno, e, sollevato il canale con l' estremità del catetere, d' inciderlo, fa-

---

(1) Della esofagotomia e di un nuovo metodo di eseguirla. Pisa 1820.

(2) T. I p. 64. — Il Rossi, approvava questo modo di operare e raccomandavalo nel T. II. degli *Élèments de Mèdecine opèratoire* p. 76 (Turin 1806).

(3) Elèments. Médec. opérat. Bruxelles 1835 p. 323.

(4) Manuel de Méd. opérat. Paris 1861 p. 541.

cendo uscire il dardo *comme pour la taille hypogastrique* (1). Il Dott. L. Felice Terrier, trattando recentemente dell' esofagotomia esterna in un libro assai ben fatto ed erudito, confessa che il pensiero di fare sporgere la parete dell' esofago prima che in altri sorse nel Vaccà, il cui primo processo, cioè quello pubblicato nel 1793, è di molto preferibile all' altro del chirurgo francese (2). Ma tornando all' ectopesofago giova notare ch' esso non servì nè al Rossi, nè all' Inzani, che ebbero opportunità di praticare amendue l'esofagotomia in Parma: il primo introdusse è vero lo strumento, ma non potè aprirlo, onde che non gli servì che come semplice siringone metallico (3); l' altro, cioè il Prof. Inzani, neppure potè introdurre l' ectopesofago od altro strumento, tanto era tumida e sensibile la faringe, tanto violenti i conati di vomito, che a que' tentativi seguirono. Quindi senz' altra guida che la cognizione dell' anatomia delle parti, fu condotta felicemente l'operazione, incidendo l' esofago sulla punta dell' osso che stava a traverso la porzione superiore di quel canale (4). Similmente senza veruna guida o conduttore il Dott. Ferdinando Arnold della Mirandola aperse l' esofago penetrando nel solco, che separa il muscolo sterno-mastoideo dallo sterno-tiroideo, e parallelamente alla trachea, per estrarre un nocciolo di pesca fermatosi circa quattro millimetri al di sotto del collo: l'operata, fanciulla di 14 anni, guariva (5). Monteggia sperimentando l' esofagotomia sul cadavere faceva osservare, che la complicazione del gozzo rende assai malagevole l'operare, perciocchè quel canale dal tumore è spinto più profondamente, e grande è il pericolo nel tagliarlo di offendere i vasi tiroidei (6). Approfitto di quest' occasione per ricordare, e potrei

---

(1) *Vignardonne*, Quelques propositions sur l' oesophagotomie. Thèse de Paris 1805 p. 567.

(2) De l' Oesophagotomie externe. Paris 1870 p. 78.

(3) Storia d' un' Esofagotomia eseguita dal Prof. Gio. Rossi compilata dal Dott. Signorini (Ann. un. di Med. 1831 LX 56). Il corpo estraneo, grosso pezzo d' osso, era infitto da due dì in quella porzione di esofago che corrisponde alla prima costola: l' operato moriva dopo 9 giorni in conseguenza delle gravi offese prodotte dal corpo estraneo, che in più luoghi avea perforato l' esofago.

(4) Esofagotomia — Guarigione (Ivi 1862 CLXXXI 571).

(5) Il Morgagni 1864 p. 352. — L' ectopesofago non ha servito, a quanto mi è noto, che una volta soltanto al Richet per incidere un restringimento fibroso dell' esofago (Traité prat. d' anat. medico-chirurgicale 1860 II. édit. p. 508.

(6) Instit. chir. Cap. VII § 996.

quasi dire far sapere, che la prima esofagotomia sull' uomo in Italia, e la terza in Europa (giacchè in Francia l' aveano praticata Goursault e Roland), venne fatta da un chirurgo condotto in Assisi, il Dott. Sante Ricchi, nel 1797. Ei la fece senza conduttore, seguendo le regole del Nannoni suo maestro (1); e la fece in un vecchio settuagenario, a cui mangiando un pezzo d' osso erasi fermato nel canale degli alimenti al di sotto delle clavicole. L' operazione, quantunque instituita otto dì dopo l'accidente, riuscì bene; nè la morte del paziente accaduta in seguito a qualche strapazzo, e ad accessi di febbre in decim' ottava giornata, puó a quella ragionevolmente imputarsi. Niun chirurgo ha tenuto parola dell' operazione del Ricchi, e l' opuscolo in cui essa è esposta, sebbene dedicato al celebre clinico di Firenze, andò affatto dimenticato (2). Il Dott. Terrier nel precitato suo libro ha dimenticato altresì l' operazione del Prof. Giovanni Rossi; e però egli credette che la pratica dell' esofagotomia, abbandonata da Roland in poi, risorgesse soltanto nel 1832 in Francia per opera del Bégin (3); quando che invece altre due volte, nello scorcio del secolo scorso, e nel giugno del 1831, era stata tra noi eseguita.

Diversi strumenti sono stati immaginati per estrarre i corpi fermatisi nella faringe e nell' esofago, prima di porre mano ad operazione cruenta: niuno è che possa soddisfare tutte le occorrenze; e parecchi sono più ingegnosi che utili, altri non abbastanza sicuri nè di facile uso. Tali sono l' *epispaster (instrumentum quo aliquid attrahamus)* del Belli (4), l' *essagofago* del Ghio (5). E poichè gli og-

---

(1) Il Nannoni, anzi che condurre il coltello come insegnava Guattani fra lo sterno-cleido mastoideo, lo sterno-tiroideo e sterno-joideo; consiglia, sempre tenendosi sul medesimo lato sinistro, d'incidere tra i muscoli sterno-tiroideo, sterno-joideo ed omo-joideo (Trat. delle Malattie chir. Pisa 1794 II 52).

(2) *Ricchi Sante*, Lettera contenente la osservazione su l' esofagotomia corredata di alcuni riflessi, e di molte chirurgiche osservazioni. Assisi 1797. — *Corradi Alfonso*, Di un'esofagotomia eseguita in Italia nel secolo scorso, e fino ad ora dimenticata (Rendic. del R. Istituto Lombardo. Milano 1870 III 590).

(3) Mém. de Méd. de Chir. et de Pharm. milit. 1832 XXXIII 241.

(4) Estrazione dei corpi estranei nell' esofago. Pistoia 1736 (In: Trattato di Medic. e chir. progressiva del medesimo Belli p. 34). L'epispaster è formato d'un tubo, all' estremità del quale, spingendo una spirale, s' apre un padiglione a guisa d' ombrello, i cui raggi d' acciajo sono fra loro congiunti da drappo di seta.

(5) Cannula curva entro cui scorre ed esce, spingendola fuori, una specie di pinzetta o di doppio cucchiajo (Atti del Congresso di Milano). — Descrizione dell'Essagofago e sue applicazioni.

getti fermatisi nell' esofago sono per forma, volume, posizione e natura assai diversi, occorre che il Chirurgo trovi espedienti conforme che la specie e la necessità del caso esigono. Non breve sarebbe l'enumerazione di questi casi, anche limitandola a' più singolari, siccome quelli che il Reghellini nel passato secolo raccontava nelle sue osservazioni (1). Ricorderemo semplicemente che la moneta più grossa ingojata è forse quella che il Malagodi estrasse dall' ima parte dell' esofago mercè dell'uncino a cerniera di Graefe, da lui ingrandito e accomodato alla particolarità del caso: la moneta era di rame, un *cinque bajocchi*, del valore della ventesima parte dello scudo romano (2). Capitò al Dott. Cappelletti di dover estrarre una forbicetta da ricamo trangugiata da una ragazza con la mente, a quel che sembra di darsi la morte: lo strumento era sceso nell' esofago circa mezzo pollice sotto l' epiglottide; e ne fu cavato fuori in modo quanto semplice altrettanto ingegnoso. Introdusse il Cappelletti un uncino fra i manichi della forbice, che eran volti in basso, afferrando in pari tempo le punte mediante curva e robusta pinzetta, acciocchè nel tirarle in su non s' aprissero (3).

Similmente diverse e strane sono le vie per le quali que' corpi vengono dalle parti più profonde alle esterne, producendo sintomi più o meno gravi ed insoliti, e talora senza veruna molestia: ciò avviene specialmente per gli aghi quantunque molti e molti ne siano inghiottiti (4). Della qual cosa il Ricchi nel

---

Brescia 1846. — *Minelli Riccardo*, Nuovo istrumento (cannula curva all'estremità inferiore della quale sta un disco oblungo e concavo che serve alla presa, girando la vite che fa capo all' altra estremità) per l' estrazione dei corpi dall' esofago. In: Bullet. Scien. med. 1868 VI 139.

(1) Osservazioni sopra alcuni casi rari medici e chirurgici. Venezia 1764 Osserv. 3.

(2) Raccoglit. med. di Fano 1856 XIII 393. — Il Dott. Baccarini con questo medesimo strumento estraeva dal basso dell' esofago una grossa moneta d' argento da 12 carlini dell' ex-regno di Napoli (*Baccarini*, Caso d' estrazione d' una grossa moneta incastrata nell' estremità inferiore dell'esofago. Frosinone 1859). — Falliva invece allo stesso Malagodi il predetto uncino in altro caso in cui un grosso pezzo d' osso erasi incastrato in quella bassa parte dell' esofago, ove neppure il taglio del canale poteva eseguirsi. (L'Ippocratico 1866 IX Supplem. p. 9). — Un soldo, così detto di S. Maurizio, il cui diametro è di due centimetri e mezzo, rimasto nell' esofago per 63 giorni, venne estratto dal Dott. Borelli facendo scendere lo strumento di Graefe per più di 20 centim. (Gaz. med. Prov. Sarde A. 1864 p. 137).

(3) Giorn. per i progressi della Patol. e Terap. 1848 XIII 107.

(4) Veggansi gli esperimenti instituiti in proposito dal Prof. Zoja e riferiti nella Gaz. med. Lomb. A. 1867 p. 320; A. 1868 p. 49.

precitato opuscolo ne porge bellissimo esempio, giacchè oltre a 100 aghi egli estraeva in parecchie volte dalle gambe, dal basso ventre e dalle braccia di una signora, che da lungo tempo soffriva acerbissimi dolori in varie parti del corpo (1). Straordinario pure è l'altro caso narrato dal Dott. FERRARIO (2): invece un ago solo bastò, dall'esofago essendo trapassato ad infiggersi nel pericardio, per produrre copiosa effusione di sangue, e quindi morte repentina nell'uomo notomizzato dal Dott. SOVERINI (3). Passando sopra i diversi accidenti consecutivi all' arrestarsi de' corpi estranei nella gola e più propriamente nel canale che mette nello stomaco, non tralascerò per altro, siccome fatto non comune, di registrare quello veduto dal Dott. LORENZO LOVADINA; la rottura cioè di ambe le vene cave nel torace consecutivamente ai poderosi sforzi per gettar fuori un ossetto dalla gola, che pur era gravemente infiammata (4).

Corpi estranei possono eziandio cadere nella laringe e nella trachea per qualche sconcio modo d' inghiottimento, per una forte inspirazione, od altro accidente, che sorprenda e vinca la vigile custodia della glottide. E veramente può dirsi che a queste parti sia corpo estraneo tutto ciò che non è l' aria buona al respiro, o non è l'umore naturale che internamente bagna e mollifica le vie aeree, tanto ch'esso provenga dal di fuori, quanto dai nostri medesimi organi. Ma non sopra tutte queste specie di corpi infesti la chirurgia ha potere e presa. Nè sempre l' opera della chirurgia è necessaria, giacchè anche spontaneamente le cose penetrate nella trachea possono venire espulse anche dopo qualche tempo. Così è che il MONTEGGIA racconta di due fanciulle le quali tennero nell' aspera arteria per un mese e mezzo, e poi rigettarono, l' una un dente cadutovi nell' atto di strapparglielo, l' altra un nocciolo di prugna (5). L' ASTOLFONI avea già innanzi pubblicato la storia d' un pezzetto d' osso che, caduto a quel che dicesi nella trachea, n'era uscito soltanto dopo cinque mesi (6); ed

---

(1) Op. cit. Osserv. 6ª.

(2) *Ferrario Gius.*, La donna degli aghi.

(3) Mem. dell' Accad. delle Scien. di Bologna 1859 IX 399.

(4) Mem. scient. letter. dell' Ateneo di Treviso. — Treviso 1817 I.

(5) Istit. Cap. VII § 982.

(6) Corpo straniero caduto nella trachea ecc. In: Giorn. di Medic. dell' Orteschi Venezia 1764 II 345.

il Fontana l' altra d' un seme di anguria, che pur nelle vie aeree maggiormente fermossi, cioè otto mesi (1). Nel caso esposto dal Dott. Naldi un pezzo di osso rimasto infitto sulla faringe, e poco a poco disceso anche nella trachea, venne espulso soltanto dopo dieci mesi quando già l' infermo pareva dovesse soccombere all' affannoso male, che ogni dì più era cresciuto (2). Nell' altro caso narrato dal Dott. Reali un seme parimente di cocomero stette nelle vie respiratorie, probabilmente annicchiato in un ventricolo della laringe, 20 mesi , e ne fu espulso , provati indarno varj rimedj e soprattutto i vomitivi, mercè d'una presa di tabacco; la quale non provocò punto lo starnuto, bensì un po' di nausea, prostrazione e tosse (3). Ma veramente queste felici soluzioni sono troppo rare ed insolite, perchè il chirurgo le tenga siccome regola del suo operare. Il Monteggia poi contro l' opinione del Louis sosteneva non sempre i corpi estranei discesi nella trachea in essa fermarsi, bensì *qualche volta* passare nei bronchi.

Le ferite della laringe, o della trachea prodotte da arma da fuoco sono sempre seguite da grande intumescenza; onde che v'ha pericolo di soffocazione, e molto più se il projettile tuttora presente comprima le vie del respiro. Ciò appunto osservava il Dott. Massarenti in un tale ferito alla parte sinistra del collo: per giungere al corpo estraneo, che lo specillo non poteva incontrare quantunque molto addentro si spingesse, quel chirurgo si giovò d' un espediente quanto ingegnoso, altrettanto semplice. Infisse un lungo ago attraverso le parti gonfie e replicando la puntura in diverse direzioni, potè colpire il projettile; quindi servendosi dell' ago stesso per guida aperse adatta via per estrarre la palla (4). Questa nuova maniera di esplorazione non va dimenticata, potendo tornar utile in molti casi.

---

(1) Osserv. di corpo straniero caduto nella Trachea (Ivi 1762 I 82).

(2) Miscellanee med. chir. di Pisa A. 1844.

(3) Raccoglit. med. di Fano A. 1843. T. XII.

(4) Nuova maniera di esplorazione per rinvenire i corpi estranei e renderne l' estrazione facile (Bullet. Scien. med. Bologna 1850 XVII 119). — La sutura clavata è stata felicemente adoperata dal Prof. Rizzoli nelle ferite della laringe, senza per altro comprendere la laringe stessa o la trachea; bensì portando in modo profondamente i punti ne' tessuti, da impedire, non che l'emorragia, il pericolo dell'enfisema (Collez. Mem. chir. I 437. — *Giovanini A.*, Ferita della laringe : sutura incavigliata: guarigione per prima intenzione. In: Bull. Scien. med. 1870 IX 54).

La chirurgia italiana tiene onorevolissimo posto nella storia della tracheotomia. Caduta nell' oblio, o piuttosto andata in disuso dopo i tempi di Antillo, Pietro d' Abano raccomanda di nuovo nell' ultimo stadio dell' angina la *subscannazione;* Benivieni e Brasavola aprono la trachea per evacuare un' ascesso che minacciava soffocazione. Fabrizio d' Acquapendente, Giulio Casserio descrivono il modo di fare l' operazione, e ne danno delineati gli strumenti. Marc' Aurelio Severino la celebrava come mezzo divino, avendola adoperata contro la squinanzia, che nella metà del seicento regnava epidemica in Napoli. Il Gherli nei primi anni del passato secolo contro a violentissima angina felicemente si giovava della broncotomia. A quest' operazione dava mano il Dott. Luca Martini di Firenze per rimediare all' asfissia, che minacciava un idiota, poichè ebbe inghiottito un uovo intiero, e di cui soltanto piccolissima quantità s'avea potuto levare (1). Quindi il Borsieri non lasciava di commendare l'operazione stessa nel croup con queste parole: « in extremo suffocationis periculo sola tracheotomia, reliqus irritis, spem aliquam facit, quanquam non ab omnibus probetur (2)». Egli poi plaudiva all'Andrée, che, ad un fanciullo in pericolo di essere soffocato dall'angina membranacea con tale soccorso ridava la salute, siccome scrivevagli da Londra il medico Giacomo Locatelli, che del fatto era stato testimonio. Il secondo dei Nannoni consigliava parimente la broncotomia nell'angina poliposa, ed egli aperse la trachea per estrarne una fava che v' era caduta (3). Il Dott. Antonio Matteucci di Forlì aperse pure quel canale per dar adito all'aria, la via delle fauci essendo chiusa da tumore freddo, o cancerigno (4). Flajani fece altrettanto per riparare al pericolo di angina soffocativa (5). In consimile caso, le tonsille, il velo pendolo e la lingua essendo oltremodo gonfie, il Dott. Pieri di Pietrasanta incise la membrana cricotiroidea (6): questa, che fu fatta nel 1810, e l' altra, che

---

(1) Instit. Medic. practicae Cap. XVII § 436.

(2) Della morte apparente degli animali non dipendente da malattia e maniera di soccorrerli. Lettera medico-pratica scritta ad un amico da G. D. P. Genova 1751 (Giorn. dei Letter. di Firenze 1752 VI P. III 163).

(3) *Mazzoni*, Elogio di Lorenzo Nannoni ecc. p. 19.

(4) *Nannoni*, Trattato delle Materie chirurg. Pisa 1794 II 9.

(5) Collez. d'Osserv. III 233.

(6) *Betti*, Note all'opera dello Sprengel sulle Ope[illegible] I 2[illegible].

fece fare il Prof. Raggi, parimente per cagione di cinanche tonsillare (1), sono le prime laringotomie, ch'io sappia, eseguite in Italia. Francesco Rossi raccomandava sì fatta operazione perfino ne' morti apparentemente e negli asfittici (2).

Il Regnoli diè molto impulso alla pratica della broncotomia nelle affezioni croniche della laringe. Nella donna, ch'egli operò nel 1823, il restringimento del canale aereo essendo invincibile, la trachea venne costantemente tenuta aperta per 11 anni, cioè fino a tanto che l'infelice non fu tolta di vita per cagione morbosa in tutto straniera a quella per la quale fu operata (3). Questo medesimo benefizio arrecò egli ad altri due uomini, a cui per somigliante affezione prossima era la morte per asfissia (4). L'anzidetta prima operazione porse altresì campo al Regnoli d'instituire assieme con il Paoli alquanti esperimenti per istabilire, che anche dalla mucosa della trachea, dei bronchi e dei polmoni vapore acqueo viene esalato, ciò che allora da parecchi era contrastato (5). Similmente fu necessario al Regnoli, volendo estirpare un tumore fibroso nel contorno posteriore della glottide, di praticare la tracheotomia affine d'impedire la soffocazione, che minacciava ogni volta che qualche tentativo facevasi per afferrare ed estirpare quella specie di polipo (6).

Per consimile cagione, cioè per levare un tumore mucoso-fibroso peduncolato, che nasceva dalla corda vocale superiore destra, anche il Prof. Marcacci di Siena poco fa eseguiva la broncotomia (7). L'altro

(1) *Raggi*, Sulla cinanche tonsillare, suoi esiti e sulla laringotomia. Ragionamento accademico. Pavia 1811. — L'operazione fu fatta dal Dott. Triberti nel 1809.

(2) Elem. de Médec. opérat. II 78.

(3) *Regnoli G.*, Di un'operazione di tracheotomia. Pisa 1823. — *Marcacci A.*, Elogio del Cav. Prof. Giorgio Regnoli p. 12.

(4) *Regnoli G.*, Mem. sopra un'operazione di laringotracheotomia (Nuovo Mercurio delle Scien. med. di Livorno 1829 I 283). — Broncotomia eseguita per affezione cronica della laringe (Miscellanee med. chir. farmaceut. di Pisa A. 1844. Relazione del Dott. Antonio Marcacci).

(5) Sulla traspirazione polmonare. Pesaro 1824.

(6) *Ranzi* e *Regnoli*, Osserv. chir. di malattie trattate nella Clinica esterna di Pisa (Nuovo Giorn. dei Letterati di Pisa 1836 XXXI 90). — *Barbieri Angelo*, Laringotomia per vegetazioni fungose della faringe: guarigione (Gaz. med. di Milano 1843 p. 233).

(7) Lo Sperimentale 1867 XX 193. — Storia di un polipo laringeo al di sotto dell'angolo anteriore delle corde vocali vere estirpato dal Dott. Giuseppe Gentili (Il Morgagni 1870 p. 415).

de' Marcacci (il Prof. Antonio di Pisa) incise egualmente la trachea ad uomo, che per cronica affezione e restringimento della laringe avea perduta la voce, nè ormai più poteva respirare. Con ciò fu all'infelice prolungata la vita di mezz'anno: ma finalmente dovè soccombere per conseguenza della suppurazione delle glandole sottomascellari: evento molto insolito, di cui la cannula tenuta sempre in sito non può essere incolpata, se non ammettendo una peculiare disposizione del paziente, il quale in vero fu scrofoloso nell'infanzia (1). Miglior fortuna ebbe poscia il Prof. Palamidessi, i due soggetti da lui operati, e quello soprattutto nel quale la pertinace malattia della laringe era legata a diatesi scrofolosa, avendo potuto riprendere buona salute (2). Guariva altresì la fanciulla a cui il Prof. Notarianni, per cagione di *laringite complicata a bronchite*, praticava la laringotracheotomia nello Spedale gl'Incurabili (3).

Probabilmente avea sede, o s'intrometteva per lo meno nelle vie aeree il polipo peduncolato, di cui dà la storia il Prof. Antolini, e che dopo molti anni di svariati patimenti veniva cacciato fuori per conati di violentissima tosse (4). Un polipo nella laringe fu anche veduto e descritto alla fine del secolo precedente dal Manzoni di Verona (5).

Il croup in questi ultimi anni ha vagato in varie provincie dell'Italia centrale, e però fu mestieri non poche volte invocare il supremo soccorso della tracheotomia; nè indarno, allora che l'*occasio praeceps* per oscitanza non si lasciò sfuggire, od irreparabile non era la malignità del morbo (6). In tale circostanza fu anche studiato il modo di render più facile e sicuro l'aprimento delle vie aeree. Il Prof. Inzani, ad esempio, immaginava una nuova cannula formata

---

(1) Ivi 1861 VIII 16.

(2) Insegnamenti di Chir. prat. p. 54.

(3) Il Morgagni 1862 IV 60.

(4) Atti dell'Accad de' Fisiocritici di Siena 1841 X 239.

(5) Observat. anat. pathol. Veronae 1795 p. 104. — Vedi ancora le osservazioni del Dott. Bombasotti intorno un'escrescenza poliposa della laringe inserite nel Repertorio med. chir. di Torino (A. 1826 p. 161).

(6) *Casali Eugenio*, Tracheotomie per croup eseguite nella città e provincia di Reggio (Emilia) negli anni 1860-66 (Bullet. Scien. med. di Bologna 1867 III 38). — *Venturini Enrico*, Caso di Tracheotomia (Ivi 1865 XXIV 101) ecc.

d'un imbuto metallico fesso in due eguali valvole laterali (1): il Prof. RIZZOLI riproponeva d'usare i tracheotomi cannulati che il RICHTER, BENIAMINO BELL, COLLINEAU ed altri aveano raccomandato. Egli anzi ne faceva fabbricare uno particolare, col quale mercè del sibilo, che fa l'aria entrando nell'apertura posta nell'estremità della cannuccia e scorrendo pel solco scolpito lungo l'asta che porta il dardo tagliente, s'avrebbe immantinente indizio che lo strumento è penetrato nell'aspera arteria (2). Or viene in taglio di rammentare come certo chirurgo, il Dott. ANTONIO MILANI, provvedesse in un caso in cui urgente era la laringotomia, mentre che non aveasi pronta l'ordinario cannello: ammollito alcun poco nell'acqua un pezzetto di tubo da penna da scrivere, lo intromise nello spazio cricotiroideo, e lo legò al collo per mezzo d'un filo passato attraverso di due fori fatti all'estremità esterna della cannuccia stessa (3).

La laringotomia sottoioidea proposta dal MALGAIGNE, ma nè da lui nè da altri praticata, fu veduta dai Dott. RESTELLI e LONGHI accidentalmente in un caso di tentato suicidio: il malato guariva circa in un mese, sebbene ampia fosse la ferita e complicata dal taglio trasversale di più muscoli e di parte dell'epiglottide: neppur v'ebbe emorragià (4). Non per ciò quest'operazione potrebb'esser fatta fuori del caso di corpi estranei o di affezioni affatto limitate alla laringe, nè sempre sarebbe, anche in questi casi, sufficiente.

---

(1) Ebdomadario clinico di Bologna 1862 N. 8.

(2) Bullet. Scien. med. Bologna 1866 I 5 — Questo tracheotomo è stato lodato da parecchi chirurghi che hanno avuto occasione di servirsene (Ivi I 310, II 390).

(3) An. un. Med. 1825 XXXVI 31.

(4) Giorn. di Med. milit. 1860 p. 369, 393.

C. — PETTO

(*Capo* 62.°)

LACERAZIONI DEL POLMONE SENZA FRATTURA DELLE COSTOLE. FERITE PENETRANTI SENZ'OFFESA DEL POLMONE. PARACENTESI TORACICA.

Dubitossi un tempo, ma oggi è certo che i polmoni possono lacerarsi senza che fratturate sieno le costole: nell'opera del Morgagni ne troviamo due esempj (1); due altri ne hanno dati il Dott. Comolli, di Como (2), ed il Prof. Giorgio Pellizzari di Firenze (3). Nel fanciullo del grande anatomico di Padova, come nel ragazzo del Comolli le ruote d'un carro passaron sopra il petto; il giovine invece osservato nella Scuola di Firenze precipitò , così tutto fa credere , a capo all'ingiù. Ora per questa maniera di caduta, notava il Prof. Pellizzari, doveva necessariamente trovarsi compressa la cassa toracica a destra ed in alto, mentre che doveva essere respinto in alto il diaframma per la caduta sopra di lui de' visceri addominali, specialmente del fegato: e così trovandosi il diametro verticale della cavità pleuritica destra subitaneamente e di molto diminuito, poteva essere accaduta la lacerazione del polmone quando ad un tempo fosse stata chiusa la glottide; cosa non difficile ad ammettersi quando si pensi, che chiunque, quando pure volontariamente faccia un salto o si getti da un'altura, per moto istintivo è spinto a trattenere il respiro. Il polmone del lato opposto resistette all'urto dell'aria, forse per essere

(1) De sedibus et causis morborum Epist. LIII Cap. 33.

(2) An. un. di Med. 1860 CLXXI 14.

(3) Bullet. del Museo anat. di Firenze 1869 p. 49.

latamente adeso mediante antiche e valide pseudomembrane al costato. Questo pericolato morì per effetto delle lesioni del capo, l'altro del Comolli per pneumonite traumatica come in quelli osservati da Gosselin e Chaussier. Nel primo dei casi notati dal Morgagni non v'ha particolarità riguardo alla causa od al luogo su cui fe' colpo la violenza, essendo che fu un calcio di cavallo sul petto; bensì è notata l'età adulta del paziente, mentre che nella plurità de' casi la lacerazione del polmone senza frattura delle coste è stata osservata in soggetti giovani.

Il Prof. Ranzi alla Società Medica Fiorentina faceva il racconto d'una ferita di petto straordinaria a cagione del modo con cui avvenne, e della sollecita guarigione che susseguì, malgrado le offese gravissime che la medesima produssero. Un giovinetto cadendo dall'alto infilzossi nella spranga di sottoposta ringhiera: il ferro, penetrato posteriormente fra l'ottava e la nona costola del lato destro, usciva davanti e dal lato opposto fra il quarto e quinto spazio intercostale, fratturando una costa tanto nell' ingresso che nell' uscita. Dai sintomi non appariva leso il polmone, piuttosto nasceva il sospetto che così fosse il pericardio; ed anche alcuni esperimenti fatti sul cadavere, infiggendo un ferro nel torace e nella predetta direzione,. mostravano non i polmoni, ma il mediastino ed il pericardio rimanere in quel modo feriti. Comunque, dopo 15 giorni il ragazzo poteva dirsi guarito. Dal quale fatto, se non unico, certamente rarissimo, il Ranzi tra le altre deduzioni questa cavava: nella paracentesi toracica e pericardica vi debbon essere altre condizioni molto più dannose che la ferita della pleura e del pericardio, giacchè in questo caso nessun grave sconcerto palesossi per effetto della ferita della pleura in quattro punti, e del pericardio (almeno probabilmente) in due; e però la penetrazione dell'aria nel torace, tanto temuta, non è grave che quando già esistono in questa cavità altre condizioni patologiche (1). Della quale azione dell' aria nelle cavità chiuse fu già discorso al Cap. 8. : qui pertanto null' altro ci resta che far cenno degl' importanti studj del Prof. Guido Baccelli intorno l'empiema, posciachè essi si legano alla terapeutica chirurgica.

Volendo che i nomi esprimano i fatti varj ed i concetti che ad essi rispondono, vorrebbe l'autore che per *Empiema* s' intendesse u-

(1) Lo Sperimentale e Gaz. degli Ospedali di Genova 1859 I 566.

nicamente il fatto culminante della speciale generazione del pus operata da processo pleuritico cronico interstiziale od enchimatoso, addivenuto per suo proprio conto stranamente ed incessantemente prolifero; il quale presenta il fatto costante di raccogliere lo spandimento in un sacco chiuso, con pareti più o meno dense, succrescenti, e di vario aspetto, con nessuno o con esilissimi vasi entoplastici, con forte ed alta ipergenesi vascolare *a tergo*. Pertanto non ogni stravenamento è empiematico solamente perchè contiene buon numero di leucociti; l'essudato purulento cumulato entro una cisti del tutto chiusa dev'essere distinto dalla semplice raccolta pleuritica, dall' idropiotorace; ed i pericoli e gli accidenti proprj di questo non vanno con quelli accomunati. Nell'empiema vero l'icorizzazione del fluido è rara, ma quando pure avvenga, non torna d'alcun nocumento; poichè non è possibile l'assorbimento dalle pareti della sierosa, divenute vere membrane piogeniche: similmente innocuo è l'ingresso dell'aria nel cavo empiematico; onde che la toracentesi nell'empiema circoscritto può essere senza tema eseguita (1). Per altro è da avvertire, e questo non è senza importanza pratica, che il Baccelli ammette nell'empiema un processo completo ed uno incompleto, di guisa che l'empiema vero, che è prodotto dal primo, e l' idropiotorace, che è l'effetto del secondo, non sarebbero nè forme nè stati morbosi assoluti; e però non sempre con le medesime prerogative, o con i medesimi pericoli rispetto agl' imprendimenti operativi. E per vero l' idropiotorace può cangiarsi in empiema, come l'essudato idroplastico mutarsi in idropiotorace: «solo che il processo pleuritico penetri la membrana ed il tessuto laminare si addensi e cresca la ipergenesi vasale e aumentisi la proliferazione dell'epitelio e dei corpuscoli del tessuto connettivo e vada circoscrivendosi l'essudato entro pareti solidissime, ciò che può avvenire per gradi e per ragion di tempo, noi avremo lo empiema». Il quale allora, contro la consuetudine, può manifestarsi, mantenendosi il torace ristretto ne' suoi diametri e con le costole quasi a contatto. Nondimeno la diagnosi anche in questi casi dubbj può esser condotta innanzi con il sussidio di altri criterj, ed in ispecie fondandola *sullo studio della varia capacità de' fluidi endotoracici alla condizione*

---

(1) *Baccelli*. Dell' Empiema vero. — Lezione clinica. Roma 1868 (dal Giorn. med. di Roma IV 3 e seg.).

fonetica; perciocchè il pus non trasmette il suono come fanno le membrane solidificate, e molto meno come l'acqua che, trasmettendolo, gl' impronta un carattere vocale suo proprio, cioè l'egofonia (1). D'altra parte se lo stravaso circoscritto fu sempre considerato come circostanza maggiormente favorevole al buon fine della toracentesi, che uno stravaso diffuso a tutta la cavità pleuritica; è pur vero che il pronostico dell'operazione dell'empiema non promana soltanto dal criterio della quantità od estensione dello stravasamento; ma ben anco dalle alterazioni concomitanti, dalla natura della malattia che è causa dell'apostema, o del travasamento, dallo stato delle forze e dalla qualità della complessione dell' infermo. Oltre a ciò l'operazione dell'empiema è subordinata eziandio ne' suoi risultamenti al metodo di farla (2).

Il non aver tenuto sufficiente conto di tutti questi elementi integranti nel giudicare intorno il valore dell' apertura del torace per dare egresso agli umori raccoltivisi, ha fatto sì che molte quistioni siano sorte nel campo della scienza e che discordi pareri abbiano agitato la pratica. Il Prof. Baccelli suddetto mette per canoni terapeutici dell'empiema vero: puntura del torace, cauterizzazione col nitrato d'argento in soluzione più o meno allungata della superficie essudante. Rispetto alla puntura inculca di pungere col solo trequarti nel posto il più declive possibile della raccolta. Ma anche così facendo non sempre si giunge nel fondo della raccolta, ovvero una nuova sacca si forma quando il diaframma, liberato del peso del pus, si risolleva e rincurva. Ei quindi domandava ai chirurghi un istrumento, che immergendosi nella cavità e toccandone l' imo, fosse capace di aprire senza danno un foro dall' interno all' esterno. A tal fine il Prof. Rizzoli suggeriva la sciringa munita di asta a dardo, ch'egli, siccome vedremo, adopera in alcuni casi d' iscuria per l' in-

---

(1) Lez. cit. p. 37, 39, 29.

(2) *Giorgi G.*, Dell'empiema e dei casi principali in cui se ne può eseguire l'operazione. Osserv. pratiche Imola 1829. — *Paoli Cesare*, Ricerche intorno all'operazione dell'empiema del petto (Gaz. Toscana Scien. fis. med. 1847 IV n. 12). — *Fallani Lorenzo*, Intorno all'uso del tubo da fognatura nella cura delle raccolte pleuritiche e specialmente dell'empiema. Brevi riflessioni (Lo Sperimentale 1865 XV 481). — *Tigri Atto*, Avvertenze sulla penetrazione dell'aria nella toracentesi (Giorn. med. di Roma A. 1866). — *Cattaneo Giuseppe*, Nota sulla toracentesi capillare (Gaz. med. Lomb. 1869 n. 30).

terna puntura del meato uretro-vescicale solidamente chiuso (1). Il Dott. Pietro Varisco modificava l'apparecchio di Schuh in varie parti, e principalmente sostituendo una valvola metallica a contrappeso, affine d'impedire più sicuramente che aria s'introduca nel petto nell'atto dell'operazione: in 26 casi di *effusione pleuritica* (19 idrotoraci, 6 emotoraci, 1 piotorace) ne' quali praticava la toracentesi, otteneva 18 guarigioni (2).

Il Dott. Gritti avea già nel 1856 riproposto il consiglio di Monrò e di Mayor di praticare la toracentesi sott'acqua. Ciò fece appunto il Dott. Malachia De Cristoforis poco tempo fa con molta fortuna in una donna, che affannosamente respirava avendo il polmone oppresso dalla marcia formatasi in conseguenza di pleurite: l'umore purulento, stando l'inferma immersa fino all'ascella in un bagno, uscì di continuo precipitando in basso per un quarto d'ora, nella quantità circa di 10 grammi per minuto, dalla puntura fatta nel costato mediante il comune tre quarti. L'operazione non fu turbata da verun accidente e la cicatrice si fece immediatamente (3). Questa prima prova, se non basta ad accertare il valore del metodo subacqueo (specialmente riguardo alla cura consecutiva acciocchè nuovo pus non si formi e raccolga nella pleura) è un buon saggio del metodo medesimo; che dal Gritti vorrebbesi adoperato ogni volta che si compiono operazioni sulle superficie cruente, entro le cavità chiuse e le cavità suppuranti, siccome vedemmo nel Cap. 46 parlando del modo di estrarre corpi estranei dall'articolazione del ginocchio.

Le vicissitudini della toracentesi furono molte; e la sua storia ha corso pressochè i medesimi accidenti che la broncotomia: quella, siccome questa, fu assai adoperata dai Greci, dimenticata dagli Arabi, risuscitata da Fabrizio d'Aquapendente, celebrata da Marc'Aurelio Severino; e l'autorità dell'uno e dell'altro trasse seguito d'imitatori. Nel secolo

---

(1) *Riszoli F.*, Processo per eseguire all'occorrenza le contro-aperture dallo interno all'esterno del petto dopo la toracentesi (Collez. delle Mem. chirurgiche II 185).

(2) Prospetto delle operazioni chirurgiche. Treviso 1856 Tav. IX. — *Zambon Ferdinando*, Sopra un nuovo strumento per la toracentesi. — Trequarti a cui presso il foro esterno che si chiude mediante una valvola di gutta perca subito estratto il punteruolo, è annesso un lungo tubo di gomma elastica che va ad immergersi in un vaso pieno per un terzo d'acqua (An. un. Med. CCXIII 307).

(3) An. un. di Med. 1856 CLV 140. — CCXI 332.

passato Bertrandi continuava a raccomandare la toracentesi (1); Nannoni la proscriveva nell'idropisia e nell'empiema venuto in seguito d'un' infiammazione polmonare, *essendo che in questo caso il polmone si trova assai alterato;* al contrario, soggiungeva il medesimo, si dà con coraggio esito alla marcia, allora quando la radunata sua è venuta in conseguenza d'una ferita penetrante nel torace, e probabilmente con offesa del polmone (2). Flajani invece praticava parecchie volte felicemente la paracentesi del petto, non che nello stravaso di sangue, nell'empiema da pleurite (3). Monteggia più ardito ancora sperava moltissimo dalla paracentesi nell'idrotorace semplice, ed era persuaso che ogni volta che si potesse con maggiore facilità e sicurezza ottenere i segni delle interne raccolte, quell'operazione più frequentemente verrebbe praticata. Quindi stimava di molta utilità per questa diagnosi lo sperimento dell'Avenbrugger, la percussione cioè su la cavità toracica: ne' casi d'incertezza preferiva di azzardare l'operazione, anzichè abbandonare gl'infermi senza nulla tentare. Lamentava infine che molti malati si lasciassero morire senza conoscere l'idrotorace, e rimediarvi coll'operazione allorchè i rimedj non valgono a dissiparlo: e questo medesimo lamento era ripetuto trent'anni dopo dal Velpeau (4). Borsieri, che commendava la paracentesi dell'idrope del petto, e che l'avea sperimentata utile nell'empiema per suppurata pleuritide (5), invitava i chirurghi a sperimentare sul cadavere, per servirsene poi al bisogno nell'uomo, la miglior via per aprire il pericardio sia che acqua o marcia stiavi raccolta (6). Monteggia tenne l'invito; ed in diversi cadaveri fece l'idrope artificiale del pericardio, injettandovi acqua per mezzo d'un tubo curvo introdotto nella cava inferiore: fatta l'operazione esaminava le parti con la sezione, e ne deduceva che il luogo più sicuro nella pluralità dei casi per fare la puntura è tra la quarta e quinta costa due dita distanti dallo sterno (7).

---

(1) Operazioni chirurg. Torino 1802 III 84.

(2) Trattato di Chir. Siena 1785 II 171.

(3) Collez. d'Osservaz. III n. 47, 48, 49,

(4) *Monteggia,* Istit. chir. C. VIII §. 1086-97 Cap. VII §. 583. — *Velpeau,* Médec. opérat. Bruxelles 1835 p. 328.

(5) *Dallarmi,* Saggi di Med. prat. Appendice.

(6) Instit. Med. pract. Cap. V §. 191 e 192.

(7) Istit. chir. Cap. VIII §. 1100.

Il Rossi pure incoraggiava i chirurghi a pungere il pericardio nell'idrocardia *toutefois que le traitement avec les remèdes internes ait été infructueux* (1). Nella precitata Lezione sull'Empiema vero del Prof. Baccelli è narrato l'importantissimo fatto, e forse unico, di doppia puntura del pericardio e della pleura eseguita nel 1863 nella Clinica di Roma sopra il medesimo soggetto e nella medesima visita (2). L'inferma guariva; ma dopo due anni per nuova pericardite consecutiva a poliartrite soccombeva: la necroscopia mostrò che veramente la prima volta, il trequarti, infitto dove il Monteggia insegna, era penetrato nel sacco del pericardio, giacchè in questa membrana una sottile macchia biancastra faceva riscontro alla cicatrice dell'esterna puntura. Aggiungiamo da ultimo che il Dott. Menici l'anno 1810 nello spedale di Pisa faceva la trapanazione dello sterno con esito felice sopra una donna « alla quale, dopo aver sofferto tutto i sintomi dell'infiammazione e della suppurazione afficiente la cavità del torace, si presentava un'ingorgo ben manifesto sopra la parte media dello sterno, estendentesi alcun poco dal lato destro (3) ».

(*Capo* 63.°)

TUMORI DELLA MAMMELLA.

Quanto abbiamo detto dei tumori in generale, dello scirro e del cancro (Cap. 10 e 11) serve per gli enfiati della mammella, molto più che la dottrina di quelli sullo studio di questi venne per assai parte formata. I tumori della glandola mammaria essendo molteplici, i chirurghi furono solleciti di definire le specie, soprattutto per ciò, che dei medesimi diverso essendo il corso, diversa la soluzione ed il fine, anche le indicazioni non potevano essere comuni, nè indifferenti i mezzi di cura: Angelo Nannoni diceva, che la condizione delle va-

(1) Élem. de Médec. opérat. II 29.

(2) Pag. 52.

(3) *Betti*. Note all'Istoria delle principali operaz. di Chirurg. dello Sprengel I 51

rie specie dei tumori delle mammelle fa il fondamento del merito di chi opera con prudenza (1). Quali e quante difficoltà si oppongono ad un esatto e naturale ordinamento di cotesti tumori vedemmo già; e vedemmo pure che non era possibile conseguirlo se non combinando l'analisi anatomica con la clinica osservazione. Ma quest' indirizzo essendo affatto moderno, o per meglio dire soltanto oggi avendo esso trovate le condizioni ed i mezzi opportuni per dispiegarsi, i lavori anteriori non possono più avere che un'importanza relativa, in quanto cioè sono collezioni più o meno diligenti di fatti. Così è che il Dott. Cotta, pur conoscendo la necessità di distinguere i varj tumori della mammella conforme il tessuto che offendono, non soddisfaceva il bisogno essendosi egli attenuto unicamente alla forma sintomatica, senza metter questa in correlazione con l'alteramento anatomico. Nondimeno, sebbene imperfetto, il libro di quel chirurgo contiene alcune idee proprie; siccome il tentativo di mostrare l' intima dipendenza che passa fra la genesi dei differenti tumori ed il grado di degenerazione dei tessuti della mammella, fra i diversi stati fisiologici, ed il maggiore o minore perturbamento delle funzioni (2). L'Asson chiamava l' attenzione dei pratici sulla molta parte che hanno i vasi linfatici nelle malattie della mammella (3): le vedute del chirurgo veneziano sono poscia state confermate dagli studj clinici di Velpeau e di Nélaton, dalle osservazioni anatomiche di Sappey. La *mastodynia strumosa*, i *nodi scrofolosi* delle poppe vennero dal Palletta dichiarati con parecchi casi pratici (4).

Allo Scarpa dobbiamo il primo esempio di *galactocele*, ovverossia di ristagno del latte ne' canali della glandola mammaria. Il caso è sì straordinario, che conformemente a ciò che abbiamo fatto di altri, qui ci piace di compendiarlo. In una donna che allattava,

---

(1) Trattato della semplicità del medicare. Firenze 1761 p. 178.

(2) Malattie della mammella. Lodi 1846.

(3) Atti del Congresso di Venezia. A. 1847.

(4) Dissertazioni chirurgiche Venezia 1795. Exercitationes pathologicae Pars altera p. 120. — È da credere che con tumori scrofolosi, piuttosto che scirrosi, avesse da fare il Fasola, poichè tanto vantaggio ritrasse dal setone: vero è che quel chirurgo parla di scirro incipiente (cioè *che non abbia fatto aderenze, che il suo tessuto non sia degenerato*, *o reso impervio dagli umori, che non vi siano varicosità nei vasi che lo circondano)*, tenendo il cancro confermato non altrimenti sanabile che mediante l'estirpazione (Sulle principali malattie delle donne. Vigevano 1811 Art. VI.)

cessando di sgorgare il latte dalla mammella sinistra, senza pregressa infiammazione, senza febbre e notabile dolore, nel corso di poco più di due mesi, quella mammella acquistò volume così enorme da sembrare mostruosa. Infatti misurava una circonferenza di 4 palmi, e in lunghezza era tale, che, stando la donna a sedere, la voluminosa mammella le si appoggiava sulla coscia sinistra. Punto il tumore con un trequarti, ne fluì senza interruzione oltre dieci libbre di latte puro e schietto non solamente per ciò che ne appariva, ma anche per l'analisi chimica che ne fece il Prof. Scopoli. Vuotato l'umore e fatta una contro-apertura, venne passato un setone, di cui poscia ritiravasi ogni giorno qualche filo siccome Pott solea fare per l'idrocele; e per tal modo il vasto cavo si chiuse (1). In altra donna, che pur era nutrice, ed a cui la poppa destra, poco a poco oltremodo ingrossata non dava più umore, credette il Dott. Marini di aver a fare con una ritenzione di latte, giacchè il caso pareva simile in tutto al predetto dello Scarpa: ma, incisa la poppa, invece di latte uscirono circa 9 libbre di puro e limpidissimo siero senz'odore (2). Bensì vero galactocele fu quello osservato dal Dott. Gritti di Milano in una robusta contadina, e che punto con un trequarti diè fuori (il tumore erasi formato da cinque mesi, cioè due mesi dopo il parto) più di due chilogrammi di umore, che anche l'analisi chimica confermò esser latte (3).

Cisti sierose trovansi pure nelle mammelle congiunte a tumori scirrosi: l'osservazione LXVII del Flajani ne dà un esempio (4): parecchi altri ne ha raccolti il Dott. Petrali (5). Talora anzi che siero, trovasi sangue raccolto tra la pelle ed il tumore come in un sacco, ed anche in molta copia allorquando il vaso sia di certa grandezza, secondo che fu appunto nella donna, di cui scrisse la storia il Dott. Rezzonico (6).

Esempio di straordinario tumore della mammella, *che quasi idra*

---

(1) *Scarpa*. Opuscoli di Chirurgia. Pavia 1827 II Oss. 2.

(2) Raccolta ragionata di Osserv. chirurg. (Opusc. della Soc. med. chir. di Bologna 1826 III 37).

(3) *Rezzonico Antonio*, Delle malattie delle mammelle (An. un. Med. 1867 CXCIX 40).

(4) Collez. d'Osserv. I 264

(5) Gaz. med. Lomb. A. 1851 p. 99.

(6) l. c. p. 255.

quanto più si tagliava maggiormente rinasceva, venne esposto dal Colombani nel Giornale di Medicina, che nella seconda metà dell' andato secolo pubblicavasi in Venezia dall'Orteschi: in meno di due anni le escrescenze tolte via dalla mammella di quella donna superarono il peso di 110 libbre (1). Il lipoma, tra i tumori della glandola mammaria, è de' più rari; il suddetto Dott. Rezzonico ne riferiva due casi nella sua dissertazione sulle malattie delle mammelle, l' uno estirpato dal Dott. Gherini, l'altro dal Dott. Fumagalli (2). Velpeau, che cotanto ha illustrato la malattie del seno, sospetta che dal latte concreto o indurito possa derivare una particolor forma di tumore *(tumore butirroso* o *caseoso)* indolente, bernoccoluto, non duro come lo scirro, nè molle come l'encefaloide. I Professori Regnoli e Ranzi ebbero occasione di vedere simile tumore nato in una donna, già madre parecchie volte, dopo l'ultimo allattamento. Fattone l'estirpazione, e tagliato il tumore, videsi un tessuto spugnoso areolare, il quale conteneva nelle sue cellule una materia grassa simile al burro, e che analizzata da Piria mostrò di contenere tutti gli elementi del latte ed una grande abbondanza di caseo (3).

Non tanto alla chirurgia, quanto alla fisiologia ed alla ginecologia, appartengono que' casi curiosi in cui il latte stilla dalle mammelle di bambine, di fanciulle impuberi, o di nubili non madri: se non tutte coteste storie hanno credibilità, parecchie meritano fede, fededegno essendone il narratore. Tali sono i casi esposti dal Riberi (4).

Nelle mammelle tanto di animali, quanto di donna, furono notati dal Morgagni concrezioni dure come l'osso o la pietra; ma ei rimase nel dubbio se la sostanza di quelle fosse veramente ossea, o piuttosto la-

---

(1) T. III p. 305 A. 1765. — Furono consultati parecchi de' medici più accreditati intorno cotesto tumore: anche il Morgagni scrisse in proposito una lettera, che segue la predetta storia del Colombani; ma neppur essa vale a farci meglio conoscere la natura di sì straordinario tumore, che soltanto può sospettarsi fosse *cancro encefaloide.*

(2) l. c. p. 68.

(3) Lezioni di Patol. chir. III 356. — *Giorgi G.*, Di un tumore caseoso osservato nella mammella sinistra di una lattante (L' Imparziale 1862). — *Rezzonico A.*, Tumore butirroso o caseoso (Malattie delle mammelle l. c. p. 71).

(4) Raccolta di latte nelle mammelle d' una bambina d'un mese e mezzo (Repertorio delle Scienze fis. med. Dicembre 1837 — Opere minori I 117. — L'analisi chimica fatta dall'Abbene mise fuori di dubbio che l'umore separato era latte). — Tre casi di diuturna ed abbondante secrezione di latte dalle mamme, non stata preceduta da gravidanza (Op. min. I 201).

pidea (1). Nelle mammelle possono altresì giungere e fermarsi corpi estranei: ANGELO NANNONI ha dato il disegno di parecchi aghi rimasti lungo tempo nelle poppe d'una donna, che, per esser divenute dolorosissime fu necessità demolire; ci soggiunge che anche il Dott. GERLONI di Trento trovò un ago nel tumore scirroso di una mammella (2): possibilità messa fuori di dubbio da più recenti esempj. Ma in que' casi non si potè conoscere, ovvero non si fece tanto quant'e-ra necessario per sapere, se gli aghi rimanessero nelle mammelle piuttosto insinuati dal di fuori, che arrivati lì per interna migrazione: questa seconda via deve pur ammettersi, anzi talvolta appare più probabile che l'altra (3).

Giustamente BÉRARD ha detto che si è esagerata la rarità del cancro della mammella nell'uomo; nondimeno quest'è fatto sempre poco comune (4). Pertanto non va taciuto che il Prof. COSTANTINI uno ne e-stirpava dal lato destro, che avea la circonferenza di 7 pollici, e che raffermò con la recidiva la maligna sua natura (5). Semplicemente adenomi eran invece, per ciò che appariva dall'esame microscopico e risultava da parecchi criterj clinici, i tumori levati dalla mammella d'un uomo nello spedale di Pavia dal Dott. FRANCESCO PARONA (6), e di altro in-

---

(1) Epist. anat. L §. 41-43.

(2) Trat. chir. della semplicità nel medicare p. 169, 437 Oss. XLI. — Memorie di Chirurgia (per servire alla formazione del Secondo Tomo del Trattato sud.) Siena 1784 Oss. XXIV p. 91. — *Pallucci Gius. Natale*, Lettera sopra l'uscita di aghi dalle mammelle di Maddalena Benucci (è il medesimo soggetto di cui dà la storia il Nannoni). In: Giorn. di Med. pubblicato dall'Orteschi A. 1772 T. X p. 170. — *Petrioli Gaetano*, Corso anatomico. Roma 1742 p. 45. — Parecchi aghi, spilli e pezzi di vetro estrasse anche il Prof. Nessi dalla mammella di una donna di Como (Opusc. scelti di Milano 1783 VI 247).

(3) Il Nannoni sentivasi portato a credere che gli aghi da lui estratti dalla giovine fiorentina non fossero penetrati o trasportati nelle mammelle, bensì *nati* dentro le medesime: è pur sempre vero che *quandoque bonus dormitat*, o piuttosto delira, *Homerus!*

(4) « Mammarum cancer rarissimus est in viris: Fabritius ab Acquapendente unicum vidit; ego item unicum, qui post excisionem reversus mortem attulit (*Manzoni Antonii*, Observationes pathologicae. Veronae 1795 p. 94).

(5) Saggj di Clin. chir. per gli anni 1853-55. Roma 1855 p. 109. — Un tumore per molti caratteri di natura maligna fu estirpato dal Minich nella clinica chirurgica di Padova dalla mammella di un vecchio sessagenario: esso era grosso quanto la testa d'un fanciullo, nè pare avvenisse recidiva (*Corazza Ant.*, Un'occhiata alla Clin. chir. di Padova. Diss. med. Padova 1848 p. 14).

(6) Gaz. med. Lomb. 1868 p. 258.

fermo nell'ospedale di Novara dal Dott. Bottini (1). Il tumore fibro-plastico, che pur di rado vedesi nelle mammelle della donna, fu trovato ed estirpato dal Dott. Gherini in amendue le mammelle d'un vecchio di sessant'anni, il quale sopravvisse per altri venti in buona salute (2).

Mettiamo fine al capitolo ricordando il bellissimo esempio d'ipertrofia delle mammelle osservato dall' Esterle in giovane sposa incinta per la prima volta: ciascuno dei due tumori, simili a voluminosi sacchi, misurava la periferia di circa 40 pollici; erano divisi in molti lobi, che come raggi convergevano verso il capezzolo, la cui distanza dal margine interno della mammella stessa era di 16 pollici. La pelle appariva molle non tesa, più grossa dell'ordinario di colore e sensibilità naturale. La povera donna non poteva muoversi dal letto a cagione del peso dei due tumori, dai quali anche sorgevano acuti dolori. Solamente dopo il parto, che avvenne spontaneo, e dopo che cominciò abbondante la secrezione del latte, le mammelle avvizzirono; se non che, allorquando la risoluzione era già ben avviata, un' improvvisa malattia tolse di vita l'infelice (3). Nell'uomo invece di cui fa cenno il Pétrequin, e che fu operato dal Prof. Porta, benchè le mammelle pendessero dal seno a guisa di due zucche lunghe da 15 a 18 pollici, non v'era ipertrofia della glandola, ma semplicemente esuberanza del tessuto connettivo (4). Quantunque non sia ben sicuro che veramente da ipertrofia della glandola provenisse quella intumescenza veduta dal Dott. Rezzonico in un giovane, fanciullo tuttavia per l'aspetto e per la piccola statura; nondimeno il caso non è senza importanza, imperocchè senz'altro fare dopo circa cinque anni il tumore stesso era quasi del tutto scomparso (5). Finalmente va ricordata la « *Storia di ninfomania procedente da idatidi alle mammelle* » scritta dal Dott. Giuseppe Zuccari (6).

---

(1) *Bardeaux*, La 1.ª Sezione chir. nello Spedale di Novara. Ragguaglio del triennio 1866 1868 (An. un. Med. CCXI 247).

(2) *Rezzonico*, Dissert. cit. p. 266. « Il tumore esaminato presentò tutti i caratteri del tumore fibro-plastico con predominio del sistema sanguigno arterioso ».

(3) An. un. di medic. 1857 CLXII 153.

(4) Fragments d'un voyage médical en Italie (Gaz. médic. de Paris. 1837 p. 664).

(5) l. c. p. 264.

(6) An. un. med. 1818 VIII 325.

D. — ADDOMINE ED INTESTINI

(*Capo* 64.°)

FERITE DEGL' INTESTINI E DEGLI ALTRI ORGANI DELL' ADDOMINE.

ENTERORAFIA.

Il Commentario dei Prof. LUIGI AMABILE e TOMMASO VERNICCHI sulle soluzioni di continuo dell' intestino e sul loro governo (1), tiene onorevolissimo posto fra i moderni lavori di chirurgia sperimentale. I due autori hanno voluto indagare come veramente succeda il processo di riparazione negl' intestini feriti tanto per opera delle sole forze naturali, quanto con l'ajuto delle suture. A tal fine instituirono molti esperimenti sui cani, agnelli e conigli: videro che la riproduzione facevasi come generalmente nelle altre parti in due modi, o immediatamente con la pronta organizzazione del plasma effuso, o mediatamente per mezzo di granulazioni, quand'anche non sianvi tutte le condizioni favorevoli per il mutuo contatto delle porzioni disgiunte. Non è dunque del tutto vera la sentenza dello SCARPA, che queste ferite solamente mediante l' infiammazione adesiva del peritoneo guariscano; e similmente esagerata è la dottrina del JOBERT, la quale in sostanza non è nuova, che le sierose sole formino la cicatrice degl' intestini. E per vero anche la mucosa e la muscolare forniscono plasma, tanto che tra gli orli di tutte tre le tonache trovaron gli autori tessuto inodulare. Dalle cose osservate nei molteplici esperimenti scendendo alle applicazioni pratiche, queglino inculcano il precetto di provvedere per quanto è possibile acciocchè l' intestino rimanga immobile; i pericoli dell'enterorafia

(1) Napoli 18[illegible]

dipendendo non tanto dalla sutura in generale, quanto dalla poco conveniente scelta del metodo. Ma della sutura può farsi a meno, ed attendere la riparazione immediata e spontanea chiudendo l'apertura esterna, allorachè la ferita non sia maggiore d' una linea e mezzo, e l' intestino non sia uscito fuori: per l' opposto se l' intestino fosse protruso, e la ferita non fosse maggiore della preaccennata, è più prudente farvi un punto col processo proposto nel 1841 da Nicola D' Apolito, cioè la sutura temporanea del materassajo; con la quale, adoperando un sol filo ed un sol ago, e mettendo dei punti paralleli all'asse della ferita, si addossano le sierose (1). Nelle ferite estese la mano chirurgica è indispensabile: in varj modi può provvedersi al bisogno; nelle ferite longitudinali i due chirurghi napoletani preferiscono l'anzidetto processo dell'Apolito, nelle trasversali quello del Bertrandi; processo ingiustamente abbandonato e che può essere con vantaggio adoperato, perchè è facile, perchè provvede tosto alla funzione meccanica del canale, posto che se ne avvicinino i punti più di quello che il celebre chirurgo torinese suo inventore proponeva, per meglio tenere in contatto le due labbra dal lato della mucosa (2). Allorquando sia indicato il processo autoplastico di Jobert, anzichè interporre l'epiploon tra le labbra della ferita, val meglio soprapporlo fermandolo, seguendone i margini della ferita, con sutura a filzetta. Per le recisioni complete o quasi complete, l' Amabile propone la semienterorafia, cioè la sutura a filzetta dei due terzi posteriori del canale, facendo combaciare le due mucose, fermando il

---

(1) Nell' Osservatore medico di Napoli (Luglio 1841) diede il D'Apolito la descrizione del suo modo di cucitura; la quale per la prima volta fu adoperata nell'uomo dal Dott. Cianflone nell' Ospedale degl' Incurabili (Ivi Settembre 1841), e quindi dal Mosca (Filiatre Sebezio 1843) e dal Dott. Rocco Solina (Primo esperimento di enterorafia col nuovo metodo operatorio della sutura a tempo specolato sul bruto da Nicola D'Apolito, eseguita sull'uomo. Trapani 1843) — Il Dott. Stecchini in una ferita dell' intestino tenue si servì della sutura ad ansa o di Ledran. Il malato a cui nei primi otto giorni furono fatti 16 salassi, dandogli internamente l'acetato di morfina per fermare il vomito, guariva dopo 6 mesi (Gaz. med. Stati Sardi A. 1851). Di maggior importanza è il caso nel quale il Dott. Giuseppe Gavina mediante la cucitura a nodi del Lambert riuniva, essendo già trascorso quasi un giorno e le viscere alquanto protruse ed infiammate, quattro ferite dell' intestino: dopo due mesi e mezzo, superati varj accidenti, la guarigione era perfetta (Gaz. med. Lomb. 1870 p. 233).

(2) Nicolò Massa per fare la sutura dell' intestino ferito servivasi di finissima pelle di capretto tagliata a guisa di filo: *et hoc est*, soggiunge lo stesso autore, *ingenium novum non ab antiquis descriptum* (Liber introductorius Anatomiae. Venet. 1536 Cap. VI p. 17).

terzo anteriore con due punti all'apertura addominale, ristretta se ampia e tenuta aperta con una torunda, od altro espediente (1). Con questo metodo vorrebbesi sostituire all'ano artificiale di Scarpa la semplice fistola stercoracea. Duole che agli esperimenti su gli animali, gli autori non avessero opportunità di aggiungere le osservazioni cliniche; per tal modo l'opera loro, d'altronde assai pregevole, sarebbe riuscita maggiormente utile.

Ma che succede del filo adoperato nella sutura? I Dottori Vecchietti e Busi in due casi, ne' quali ebbero da praticare l'enterorafia, seguendo i precetti dei prelodati chirurghi napoletani, non poterono trovare il filo di cui si eran serviti, sebbene facessero minute e diligenti ricerche nelle feccie degli operati; e però eglino credono che quello fosse rimasto saldato alla cicatrice dell'intestino ferito (2). Nella quale opinione si confermano per alcuni esperimenti riferiti dall'Amabile e dal Vernicchi e da altri, ma principalmente in grazia del pezzo patologico descritto dal Dott. Sarti Pistocchi (3). Era esso una porzione d'intestino ileo, in cui, caduta essendo l'escara cancrenosa consecutiva ad ernia scrotale strozzata, il Prof. Rizzoli avea nel 1845 praticato una sutura a cavalletto, lasciando un capo del filo munito di nodi pendere entro il cavo intestinale. Venuto a morte in seguito l'operato di pleuro-pneumonite «mostrò la necroscopia il capo del doppio filo usato per la sutura, coi due nodi già fatti nel tratto lasciato sporgente entro la cavità enterica, ancora integro e nuotante liberamente entro la cavità fra le materie contenute». Dal lato esterno su la superficie sierosa peritoneale, non appariva traccia della divisione o fenditura; ma la superficie era tutta continua e coperta da uno strato novello di fibre sode di color bianco carneo, sicchè neppur vedevansi ad oc-

(1) Il Dott. Giuseppe Azzariti, allora che l'intestino sia intieramente reciso, proponeva di riunirne i due capi sopra un tubo di gomma elastica, nell'uno e nell'altro introdotto, mediante la sutura del pellicciajo, fatta in due semigiri, avvertendo di comprendere nell'ultimo punto anche il tubo sottoposto, e fermando i due fili della cucitura anteriore nella parte superiore del ventre, e gli altri due della posteriore in basso (Il Ricoglitore medico chirurgico. Napoli 1856 II 488). — Il Dott. Parona in questi casi di ferite trasversali complete propone, avendone fatto ottimo esperimento negli animali, di riunire la metà posteriore dell'intestino mediante gli aghi ed i prismi di sughero di Berenger-Féreaud, l'anteriore od esterna mediante la cucitura D'Apolito (Riv. di Med. e Chir. II 189).

(2) Bullet. Scien. med. 1863 XX 424.

(3) Bullet. delle Scien. med. 1850 XVIII 263.

chio nudo i punti praticati. L'ansa era rimasta affatto libera senza veruna adesione con le adiacenti parti delle intestina, nè con l'opposta parete addominale. E però il Rizzoli da questo fatto conchiudeva: l'essudazione fibrinosa sulla superficie esterna dell' intestino in corrispondenza della sutura, può da sola bastare a mantenere la sutura, e ad impedire le successioni che allo smuoversi di essa conseguitano; che il filo della sutura, può rimanere infisso nella cicatrice senza pericolo e conseguenza di sorta alcuna. Fu dunque il Cooper troppo assoluto nell' inferire dagli esperimenti del Thomson, che i fili adoperati nella enterorafia finiscono sempre per essere evacuati dall'ano (1).

Il Flajani, poco favorevole alle suture, perchè niuno dei feriti curati con l'enterorafia avea veduto salvarsi (2), notava invece che molti di quelli, a cui per necessità o per elezione ebbe da procurare l'ano artificiale, dopo alcuni anni li rivedeva perfettamente guariti, ***ed in ispecie se la recisione era delle intestina crasse*** (3).

In un caso di ferimento dello stomaco il Dott Alberti, ommessa la sutura, null'altro fece se non che tenere di contro alla ferita dei muscoli e degl' integumenti quella parte del ventricolo che il coltello avea perforata: in *pochi giorni* la ferita dello stomaco e delle altre parti era perfettamente guarita (4). Con semplicissimo metodo di cura guarivano altresì le due ferite del ventricolo, di cui stesero le storie il Dott. A. Casali, e il Dott. Alessandro De Rossi di Roma (5). Le applicazioni fredde, i salassi e gli altri espedienti congeneri ebbero parte nel felice governo di due ferite di stomaco con grave gastrorragia instituito dal Prof. Rizzoli (6). La ferita curata dal Prof. Ruggieri avea pur

---

(1) Neppure il Vernicchi trovò il filo nelle feccie della donna, cui faceva la sutura dell' intestino ernioso cangrenato (Due osserv. di enterorafia seguita da felice successo. Napoli 1867 p. 10). Trovollo invece il Dott. Brancadoro nel ferito a cui praticava l'enterorafia secondo il sovraindicato processo del Prof. Rizzoli (Corrispondenza Scientifica di Roma A. 1854).

(2) Pregevole è il caso narrato dal Dott. Francesco Consolini di ferita intestinale curata con due punti di cucitura, e che, malgrado le insolite complicazioni, finì per guarire. Due anni dopo il soggetto operato essendo morto per cagione violenta, con la notomia scoprissi nell' ileo la cicatrice della sofferta ferita, la quale era lunga circa 4 linee (Gaz. med. Toscana A. 1851 n. 56).

(3) Collez. di Oss. III 60.

(4) An. un. di Med. 1830 LIII 209.

(5) Giorn. med. di Roma 1866 fasc. d' Aprile 1867 p. 374.

(6) Bullet. Scien. med. 1870 X 290. — In uno dei predetti due casi v'era anche ferita del diaframma.

questo di particolare, che nel medesimo soggetto uno de' reni era egualmente ferito, onde che la posizione del tronco che all'una offesa conveniva, nuoceva all'altra: nondimeno entrambe, sebbene con difficoltà, rimarginarono (1).

Egualmente che i polmoni, i quali si lacerano senza fratture delle costole (Cap. 62) gl' intestini possono rompersi per forte colpo, che semplicemente contunda le pareti del ventre: anzi il Dott. Natale De Agrò, siccome fu nell'uomo del Valsalva (2), afferma d'aver veduto rotto trasversalmente l'ileo per calcio di cavallo, malgrado che *niuna lividura* o *contusione* fosse manifesta nel luogo della percossa (3). Il Riberi narra il caso assai raro di morte consecutiva alla lacerazione della vena emulgente destra, la ruota d'un carro essendo passata sovra il ventre, non producendo per altro su le pareti di questo e su le viscere sottoposte notevoli lesioni (4). La crepatura dell'ileo entro il sacco erniario per causa traumatica, senza esterna lesione dello scroto in cui l' intestino stesso era calato, venne dal Melchiori registrata (5): un fatto analogo fu notato dal Prof. Landi (6).

Le ferite di vescica sono sempre gravi: meno pericolose quelle prodotte da projettile lanciato da arma da fuoco, che le altre da arma pungente o da taglio. Bellissimo è il fatto pubblicato dal Prof. Paoli, nel quale, quantunque la vescica fosse stata trapassata da un canto all'altro da un projettile, s'ebbe la guarigione dopo 5 mesi (7). Cotesta *relativa* benignità è pure confermata recentemente dal Prof. Umana, il quale curò un tale che, colpito da una palla alla natica sinistra, dopo 22 giorni avea intieramente rimarginata la ferita, non restando se non il projettile in vescica poscia felicemente estratto (8). Di consimili esempj se ne contano parecchi; e veramente il pericolo di coteste ferite non istà nell' incisione, o perforamento delle membrane della vescica, siccome il fatto quotidiano della cistotomia di-

---

(1) Dizion. di Chir. di Padova II 246.
(2) *Morgagni*, Epist. anat. LIV §. 14.
(3) *Brera*, Giorn. di Med. prat. 1817 XI 202.
(4) Opere minori II 571.
(5) Casi più importanti di Chirurgia In: Liguria medica A. 1856 Oss. XXV.
(6) Il Progresso di Firenze A. 1849.
(7) Gaz. Toscana delle Scien. med. A. 1847.
(8) Ferita di vescica orinaria ed estrazione di projettile. Sassari 1865. (La Sardegna medica A. 1865 p. 301). Relazione del Dott. Simula.

mostra, bensì nelle conseguenze dello spandimento dell'urina, e del sangue nella cavità addominale. Un caso di ferita della vescica prodotta da arma pungente e felicemente guarita, narra il Bresciani de Borsa ne' Saggi di chirurgia (1); altri ne registrano il Flajani nella Collezione di osservazioni chirurgiche (2), il Dott. Raffaele Rossi nell' Ippocratico (3) ecc. Ma più ancora che questi meritevole di ricordo è l'ampia squarciatura del perineo, che il Dott. Lei curava in un uomo su cui era passato attraverso pesante baroccio, e che anche avea rotto le ossa del bacino in più parti, e doppiamente l'un femore. Lacerati i muscoli, gli sfinteri, porzione dell'intestino retto e del collo della vescica, orine e feccie fuori insieme colavano: nondimeno, senza pur tener la sciringa in vescica, la vasta ferita dopo 40 giorni era rimarginata, le escrezioni compiendosi per le vie naturali (4).

Riguardo alle ferite degli organi genitali per l' esito fortunato ricorderemo quella di cui dice il Dott. Bartolozzi, cioè d'una giovine che precipitando da un ciglione cadde su di un palo: vagina e retto ne furono lacerati: non venne fatta veruna sutura, e nondimeno dopo un anno non v'era più segno di fistola (5). Ad altra donna cadendo su d' un filare di viti sostenute da canne, una di queste feriva la vulva, la vagina ed un pezzo lungo da 20 centimetri penetrava nel tubo intestinale, donde veniva, dopo circa 4 mesi e dopo fieri dolori, cacciato fuori per l' ano (6). Invece nella fanciulla del Dott. Odone la punta del palo su cui quella cadde, si confisse forzando la vagina nel fondo della vescica che pure si chiuse senza fistola (7). Ma non ischeggie, nè cavicchi, bensì pezzi di palo lunghi quasi un piede eran quelli che, penetrati e rottisi dentro il basso ventre, venivano cavati fuori dal chirurgo Anton Filippo Landi (8), dal Dott.

---

(1) p. 96.

(2) III Oss. 14.ª

(3) 1862 III 501.

(4) *Lei Francesco,* Le lesioni violente gravissime sofferte da Domenico Bernardi di Sant'Anna Pelago. Modena 1846.

(5) Gaz. med. Toscana 1850 p. 134.

(6) *Giorcelli,* Ferita della vulva, vagina ecc. (Gaz. med. Stati Sardi Torino 1859 p. 169).

(7) Repertorio med. chir. di Torino. Settembre 1834 p. 395.

(8) Atti dell'Accad. de' Fisiocritici di Siena 1763 II 203.

Masini (1), e dal Dott. Scaruffi (2). Nel caso di quest'ultimo v'era altresì la complicazione della gravidanza: accadde l'aborto il giorno dopo che il piuolo entrato per la regione crurale venne tirato fuori dai lombi dove protuberava. Un'altra donna parimente incinta, fu dalle corna d'un bove sì maltrattata, che non solamente, racconta il Dott. Malagò, ebbe squarciate le pareti del ventre, ma anche l'utero uscendone un braccio del feto: questo fu estratto morto dilatando la ferita dell'ipocondrio e della matrice. Sopravvisse la madre, e guari non restandole altro incomodo che quello di estesa ernia ventrale (3). Tal caso non avea sino allora altro analogo che quello registrato dallo Schmucker (4).

Il Prof. Ranzi ebbe occasione di vedere due ferite delle pareti addominali, prodotte dalla caduta su di una spranga di ferro in un caso, nell'altro su di un palo acuminato; onde che il corpo rimase infilzato, porzione de' vestiti restando dentro la ferita, siccome non di rado avviene per la forza della palla spinta da arma da fuoco. I due malati guarirono bene ed uno anche rapidissimamente (5). Presto altresì guariva la donna del Dott. Occhini, ch'ebbe squarciato dal cozzo delle corna d'una vacca tutto il basso ventre di traverso, di modo che le intestina scesero sulle ginocchia, niun viscere per altro essendo rimasto offeso (6). Narra il Santoro di aver veduto guarire, senz'adoperare cuciture, in meno di 40 giorni una donna a cui, oltre che recise quattro coste, per circa 5 pollici l'addomine era stato aperto, tanto che omento ed intestini eran fuori, ed a nudo vedevansi i movimenti del diaframma, de' polmoni e del cuore nel pericardio (7). Ma più di qualsiasi altro straordinario è il caso di ferita intestinale dal Dott. Minich comunicato all'Istituto Veneto. Una vecchia pazza feritasi con un rasojo nella regione ipogastrica, ne trasse

---

(1) Archiv. di Scien. med. e fis. Toscane 1838 Sem. II p. 194.

(2) Gaz. Toscana delle Scien. med. e fis. Giugno 1844 n. 12.

(3) *Brera*, Giorn. med. Prat. 1814 Sem. II 37.

(4) Sammlung vermischter chirurg. Schriften. Berlin 1797 B. III.

(5) Lezioni di Patol. chir. III 372. — Il Ranzi notava altresì (p. 394) come singolare l'osservazione comunicatagli dal Dott. Landi di una ferita del rene, nella quale non passava orina per la soluzione di continuità, mentre vi era ematuria.

(6) L'Imparziale 1864 p. 39.

(7) Note al Trattato di Operaz. chir. di Bertrandi. Napoli 1799 I 68.

fuori per quasi 6 metri gl' intestini e li recise. Visse quasi 9 giorni senza segni di peritonite, di vomito, di ritenzione d'orina, di dolore al ventre; moderata la febbre. Nel tempo che sopravvisse non mangiò che una volta sola, bevette 7 od 8 libbre di acqua al giorno ed orinò comodamente; nel 5° dì, non mai prima si vide uscire un po' di materia fecale dalla ferita, simile a quella che usciva dall' ano. Cotesto fatto è singolare, come ben si comprende, per la quantità degl' intestini recisi e per la durata della vita, siccome pure per non essersi trovato dopo la morte nè effusione, nè segni d' infiammazione nel ventre. Varie combinazioni furono insieme per impedire lo sviluppo di fenomeni rapidamente mortali. Ad arrestare l'emorragia degl'intestini e del mesenterio tagliuzzati, deve aver contribuito la forza usata per istirare attraverso d'una ferita relativamente stretta le interiora, probabilmente torcendone ancora le attaccature peritoneali, poichè si volevano strappare. Strette poi dalle labbra della ferita le estremità delle budella contrassero aderenze, e non avvenne versamento dentro il peritoneo. Lo stato preternaturale del sistema nervoso dell' inferma forse ebbe parte nel trattenere che l' infiammazione si formasse: d'altronde è pur noto in chirurgia l' infiammazione traumatica non esser spesso in proporzione con la gravità dell'offesa; ma piuttosto con le disposizioni individuali (1). Questo fatto risponde all'altro osservato dal Dott. Brescianini e riferito al Congresso medico di Venezia. Trattavasi egualmente di un pazzo, che, dopo aver ingojato de' pezzi di vetro, si apriva il ventre, e trattine fuori gl' intestini ne recideva lunga porzione: non fu medicato, nè fatto l'ano artificiale che dopo tre dì; ma per altri sette sopravvisse l' infelice senza febbre, senza vomito, e senza manifesti segni che feccie o marcie dentro l'addomine si versassero (2). Cotesti meravigliosi avvenimenti rendono credibili altri ancora, che di per sè soli parrebbero impossibili. Tale appunto è del caso riferito dal Dott. Salzano, cioè di pene quasi del tutto reciso, non essendo rimaste intere che poche linee di cute al di sotto, e nondimeno presso che perfettamente con la primitiva adesione guarito (3). Non molto singolare è in vero, ma come e-

---

(1) Atti dell' Istituto Veneto A. 1866.

(2) Atti del Congresso di Venezia A. 1847.

(3) Filiatre Sebezio 1845 XXIX 150.

sempio di felice guarigione ricordevole, è la storia data dal Dott. Rodolfi di palla di moschetto perforante la base inferiore del pene, avendo altresì trapassate le carni della coscia sinistra (1).

Chiudiamo questo paragrafo delle *Ferite del ventre e degl' intestini* col far cenno della dissertazione del Prof. Zannetti (2), nella quale si prefigge di mostrare che il solo contatto e la sola vicendevole pressione dei visceri circostanti o soprapposti al punto ferito, od ulcerato è bastevole, ad impedire, ovvero a meglio trattenere per tempo più o meno lungo l'evasione nel cavo peritoneale delle materie contenute nell' intestino in qualsiasi modo rotto. Il Prof. Betti intorno a questa massima faceva giuste riflessioni, nè l'accettava che come eccezione, subordinatamente alla condizione che quel contatto e vicendevole pressione non venga disturbato od interrotto; tenendo per principio generale lo stravaso succedere ogni volta che, al compiersi dell'ulcera, o di qualunque altra maniera di perforamento, non sia avvenuta stabile adesione, od almeno quel conglutinamento, che dell' adesione suol essere il primo grado (3).

(*Capo* 65.°)

TUMORI DELLA CAVITÀ ADDOMINALE. — OVARIOTOMIE-GASTROTOMIE.

Sui tumori che si sviluppano nella regione iliaca il Dott. Guarini raccoglieva diligentemente parecchie osservazioni (4). Il Dott. Comolli preferisce di chiamare *ischiatico* il flemmone, che Robert chiama *phlégmon du tissu céllulaire situé sous le muscle grand flessier*; e ciò perchè esso trovasi nell'apertura grande ischiatica, e perchè può investire il grande nervo ischiatico, le quali circostanze sono appunto

---

(1) Gaz. med. Lomb. 1859 p. 361.

(2) Sull'utilità della pressione reciproca ed incessante fra le pareti della cavità splancnica ed i visceri contenuti nell'occorrenza di lesione od integrità di questi (Il Tempo. Firenze 1858 II 1, 14).

(3) Ivi II 81.

(4) An. un. di Med. 1862 CLXXXII 241.

quelle che aggiungono speciale gravezza alla malattia. L'autore fa di questa malattia, non comune e di cui i trattatisti generalmente tacciono, una specie di monografia, giovandosi dei casi esposti dal Robert e di due proprj, il primo de' quali osservato fin dal 1858 (1). Intorno la cura dei tumori addominali profondi, e particolarmente delle cisti idatigene del fegato, diedero fra gli altri savj precetti pratici il Rizzoli (2), il Belluzzi (3) ed il Palamidessi (4). Pregevole pure è il caso di flemmone retroperitoneale, consecutivo a perisplenite, narrato dal Dott. Verardini di Bologna (5). Il medesimo autore ha dettato eziandio una dissertazione, intorno l'ematocele peri o retrouterino, che è il più ampio lavoro che noi sinora possediamo su tale soggetto, e nella quale ha pure descritto un *sifone inspirante premente* per isvuotare sollecitamente, e senza che aria penetri dentro, oltre che l'ematocele stesso, qualsiasi altra cavità, come cisti dell'ovajo, idrotorace ecc., piena di materie liquide o pultacee (6). Ne' *Fascicoli patologici* del Monteggia è discorso di alcuni particolari ascessi pelvici e perineali; così pure nelle *Exercitationes* del Palletta.

Girolamo Personè in un opuscolo pochissimo noto fa menzione di un vasto ascesso addominale formatosi in una puerpera, e che poscia, perdurando lenta febbre, scoppiò dall'ombellico poco a poco assotigliatosi: materie stercoracee uscivan fuori da quest'apertura, siccome pure liquidi, che dentro di essa erano injettati, certa porzione colava dalla vagina. Semplicissima cura ne fece il chirurgo Giambattista Saura, e ben avventurosamente la nobile inferma risanava (7).

Fra i tumori extraperitoneali piuttosto rari dev' essere annove-

---

(1) Ivi 1866 CXCVII 338.

(2) Novi Comment. Instit. Bonon. 1849 X 359. — Fra i diversi casi veduti ed operati dal Rizzoli importantissimo è quello in cui l'ulcerazione della cistifellea era complicata ad altra del colon; ma l'ulcera dell' intestino fortunatamente rimase chiusa da una pellicola in essa formatasi, per modo che le feccie ripresero il naturale loro corso.

(3) Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna X 171.

(4) Sperimentale 1855 XV 193. — Il Prof. Palasciano eruditamente trattava testè (1870) delle *Precauzioni raccomandate nell'apertura degli ascessi epatici* (Archiv. di Chir. prat. p. 40, 73, 101 e seg.

(5) An. un. di Med. 1867 CC 121.

(6) Memorie dell'Accad. delle Sienze di Bologna 1869 VIII. — *Felici Luigi*, Dell' ematocele peri-uterino: due casi (An. un. Med. 1865 CXCI 91). — *Tassi E.*, Sull'ematocele retrouterino o periuterino (Giorn. med. di Roma 1865 p. 91).

(7) Dissertazione sopra l'operazione cesarea. Venezia 1778 p. 23.

rata la vasta cisti sierosa che fu trovata tra la faccia posteriore dei muscoli addominali e la sierosa parietale, in una donna morta nell'ospedale Pammatone di Genova e creduta ascitica: il vasto sacco era diviso da sepimenti in tanti ricettacoli, entro cui raccoglievansi cisti libere per la massima parte ed in istrabocchevole numero. Il caso non è senza importanza anche per la chirurgia pratica: tre volte infatti fu in quella donna eseguita la paracentesi in punti diversi; uscinne poco liquido e sempre di qualità diversa (1). Il tumore cistico del basso ventre squarciato dal Dott. Marini, e dal quale uscirono da 20 libbre di materie marciose, va notato (sebbene non esattamente esposto) esso pure fra i casi non comuni (2). Altrettanto singolare è la spontanea uscita di voluminoso tumore fibroso dalle pareti addominali di giovane donna: il tumore grosso quanto la testa d'un neonato, lungo 12 pollici, partiva dall'appendice mucronata, dalle costole spurie ed andava obbliquamente a toccare col suo vertice l'inguine sinistro. Sorto che fu dall'ulcera formatasi presso l'ombellico, venne esso senza verun accidente reciso, e la donna guariva perfettamente (3). Questo fatto rammenta l'altro in cui similmente da un ascesso, apertosi vicino al bellico di certa donna, ridotta all'estrema macilenza, videsi espulso un corpo livido, che avea tutta la sembianza della milza, e che nondimeno il Dott. Ferreri abilmente estraeva. L'inferma risanava sì bene da divenir madre; e morta dopo 5 anni, ed aperto il cadavere *nullus non modo lien, sed ne ulla quidem ejusdem particula, cicatrices tantum in proximis partibus apparuerunt.* Così il Fantoni, che al Mangeti comunicava l'operazione del Ferreri fatta nel 1711 (4). Narra il Fioravanti di aver veduto nel 1549, essendo a Palermo, estirpare la *milza* oppilata in giovane femmina da certo empirico napoletano chiamato Adriano Zaccarello, operazione che diversi medici aveano già proposta alla paziente dichiarandola cosa facile e senza pericolo. La donna in fatti guariva:

---

(1) Gaz. degli Osped. di Genova 1859 II 57.

(2) Opusc. della Soc. med. chir. di Bologna 1826 III 268.

(3) *Bragaglia Luigi*, Lettera al Prof. Alessandrini (Bullet. Scien. med. 1857 VII 96). — Un tumore fibroso nel tessuto connettivo delle pareti addominali, simulante un tumore del fondo dell'utero, e accompagnato da ascite è stato descritto dal Dott. Luigi Stroppa (Giorn. d'Anat. e Fisiol. patol. IV 225).

(4) *Johannis Fantoni*, Opuscula medica et physiologica. Genevae 1738 p. 196, 202.

e per questo buon evento incoraggiato, il Fioravanti stesso, offertoglisi il caso, praticava poscia uguale operazione in Napoli (1). Ma ser Leonardo Fioravanti non è tal uomo, che inviti a stare intieramente alla di lui fidanza. Certo è per altro che Giuseppe Zambeccari, poscia professore a Pisa, fin dal 1680 estirpava la milza ne' cani continuando pur questi animali in vita, ed in buona salute (2).

Consimili esperimenti furon fatti di nuovo verso la fine del secolo scorso da Michelangelo Grima, da Francesco Buonagurelli e da Lorenzo Nannoni, gli animali sopportando presso che sempre benissimo tale amputazione (3).

Guarirono altresì i due uomini a cui i Dott. Bresciani e Novelli legarono grossa porzione di milza protrusa da angusta ferita intercostale, e che poi maggiormente stringendo il laccio, cadde mortificata (4). Del pari tumori voluminosi *fibro-lardacei* aderenti al peritoneo di giovani donne furono recisi felicemente dal Riberi, dal Riboli e dal Dott. Stecchini (5): alcuni di essi erano fibromi, probabilmente di quella specie che soltanto recentemente gli scrittori francesi hanno descritto col nome di *tumori fibrosi peripelvici*, i quali hanno fra gli altri caratteri quello di attaccarsi con un peduncolo più o meno stretto alle ossa del bacino, soprattutto dell' ileo, e di non essere stati finora osservati che nel sesso femminino (6)

Ma tornando ai casi del Ferreri e del Bragaglia, perchè sono ancor più meravigliosi e ciò non ostante indubitati, vediamo che in essi natura fece da sola ciò che l'arte oggi con tanto studio procura di fare. L'arte peraltro avea già dato prova di straordinario ardimento quando nel 1815 per mano di un semplice chirurgo romagnolo estirpava un'ovaja ingrossata e scirrosa. Quell'era la prima ovariotomia che si facesse in Europa, se veramente da Lizars, che operava nel

---

(1) Tesoro della vita humana. Venezia 1570 Lib. II, Cap. 8 p. 25 V.

(2) Esperienze intorno a certe viscere tagliate a diversi animali viventi. Firenze 1680. Tradotte in latino nella Biblioteca anatomica del Mangeti II 1202.

(3) *Nannoni*. Trat. di Chirurgia. Siena 1785 II 192, 217.

(4) Raccoglit. med. di Fano. A. 1844 T. XIV. — A. 1850 T. I.

(5) *Riberi*, Opere minori II 458 (due operazioni fatte nel 1844 e 1848). — *Riboli*, Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino 1848 III. — *Stecchini*, Gaz. med. Stati Sardi A. 1851.

(6) Un tumore fibro-plastico aderente alla faccia parietale del peritoneo fu non ha molto felicemente estirpato dal Bottini di Novara in una contadina non ancora trentenne (An. un. di Med. CCXI 230. — Ragguaglio del Dott. Barbeaux).

1823, abbia principio la pratica di cotesta operazione; e la faceva in Faenza il Dott. Gaetano Emiliani su giovane sposa. Egli apriva gl' integumenti lungo la linea alba per circa due pollici e mezzo, divideva i sottoposti muscoli, tagliava il peritoneo, separava il tumore dalle usate connessioni e dall' insolita aderenza con la porzione inferiore del colon. Vennero mano a mano allacciate tutte le arterie: il sangue perduto fu meno di mezza libbra. I lembi della ferita uniti con sutura, e l'apparecchio di medicatura sostenuto mediante adatta fasciatura. La cura consecutiva fu l'antiflogistica: nel terzo giorno la ferita era in gran parte cicatrizzata; nell'undecimo non più febbre, e l'operata usciva dal letto guarita. Ricomparve la mestruazione, ed un anno appresso l'operata dava alla luce due gemelli, in seguito divenendo madre altre cinque volte (1). L'ardimento del chirurgo faentino parrà vieppiù straordinario, se si consideri che in veruno degli scrittori allora piu riputati trovavasi eccitamento all'operazione, coloro stessi che affatto non la condannavano, siccome il Targioni Tozzetti, dichiarando di dover attendere molti casi sicuri ed indubitati per dedurne l'utilità (2). Morgagni, quantunque consentisse *aures fortasse praebere* nel caso che la cisti avesse unica radice e tale da poterla facilmente legare; nondimeno conchiude, che in generale nell' idrope saccato interno *cystim neque absumere licet, neque extirpare* (3). Le parole di Giampietro Frank erano speranzose, ma non contenevano verun consiglio o precisa determinazione. Monteggia, considerando che il tumore dell'ovaja, non arrivato ad eccessivo volume, è ciondolante nel ventre, non era alieno dall' estirpazione: ma da farla lo rimoveva l'*ampiezza del taglio per arrivare all' ovaja ed estrarla*. Riflettendo per altro che in qualche caso di ascite cistica era accaduto che facendo la paracentesi uscisse, o per la cannula o pel foro, porzione della cisti, ed anche tutta la cisti (forse una grande idatide), parvegli che ciò si potesse imitare con qualche tentativo nell' idrope dell'ovaja. Evacuata cioè l' acqua, staccare la cisti giran-

---

(1) Storia dell'estirpazione di un'ovaja eseguita dal Dott. Gaetano Emiliani, redatta dal Dott. Emilio Emiliani figlio del medesimo (Bullet. Scien. med. 1843 IV 332). — L'ovaja estirpata, dopo 28 anni che fu serbata nell'alcool, ha figura piriforme: misura 9 cent. in lunghezza, 5 nella maggior larghezza. Il figlio dell'operatore depose il tumore nel Museo d'anatomia patologica della Società medico-chirurgica di Bologna.

(2) Prima raccolta di Osservaz. med. Firenze 1752 p. 78.

(3) Epist. anat. med. XXXVIII §. 69, 70.

dovi dentro un tiracalcoli a due o tre branche introdotto per mezzo della cannuccia del trequarti; ma, soggiunge lo stesso Monteggia, le ovaje troppo grosse e scirrose, o aderenti, non potrebbero venir in questo modo estirpate (1). Il Leonardi di Roma, che ne' primi lustri del secolo pubblicava Elementi di Chirurgia, giudicava *impraticabile* l'ovariotomia.

Palletta si meravigliava della temerità de' chirurghi inglesi ed americani, e dopo aver accennate le operazioni del Lizars non incoraggiava i nostri a ripeterle, perciocchè ei temeva «ne hanc administrationem tenellulae, et meticulosae nostrates faeminae reformident, neve sustinere possint (2)». Bensì nel 1832 il Dott. Carlo Sacchi chirurgo a Treviglio stampava una dissertazione nella quale narrati 6 casi da lui osservati di malattie delle ovaje, ed aggiuntevi le cose trovate con la notomia, esponeva i segni pe' quali si può fare la diagnosi dell' idrope dell'ovajo, come si giunga a conoscere che un tumore di que' visceri non ha aderenze, o non ne ha che poche; quindi raccoglieva i fatti allora più noti di estirpazione di ovaje (cioè 15, in 6 de' quali la guarigione fu perfetta); li esaminava e deduceva, che malgrado i suoi pericoli, l'estirpazione di quelle parti sarà sempre preferibile alla puntura ed incisione del sacco, operazioni le quali, rare volte praticabili, pochissima speranza ci danno di guarigione. A noi basti, soggiungeva il Sacchi, l' aver richiamato l'attenzione dei dotti sopra un tentativo, che vanta felici risultamenti nelle mani di valorosi chirurghi; e la sua raccomandazione volgeva *ai chirurghi dotti imparziali, e vivaci amatori del lustro e dei progressi della scienza* (3).

Ma l'esortazione non fu ascoltata, e molti anni passarono innanzi che i chirurghi pensassero in proposito quantunque l' anatomia patologica e le *malattie mediche* delle ovaje fossero allora premurosamente studiate (4). Nel 1865 il Dott. Domenico Peruzzi di Bologna, chirurgo primario in Senigaglia, traduceva corredandola di note ed ag-

---

(1) Istit. chir. Cap. IX §. 1187.

(2) Exercitationes pathol. Pars altera p. X.

(3) Sull' idrope delle ovaje e sulla loro estirpazione (An. un. di Med. 1832 LXIII 257).

(4) Veggansi ad esempio le considerazioni del Venturini su le cisti pelose delle ovaje, gli studj del Pistocchi sull'ooforitide (Bullet. delle Scien. med. 1848 XIII 81; 1849 XVI 89; 1850 XVII 382).

giunte l'opera di J. Baker Brown sull'*idrope ovarico* (1). Nel principio del medesimo anno il Peruzzi avea pure praticato, con esito infelice, un'ovariotomia; nè miglior fortuna avea avuto il Vanzetti, che già per due volte l'avea preceduto (2). D'allora in poi i nostri chirurghi con molto fervore si sono accinti a cotest'operazione. Ecco la tavola analitica di quelle fatte sinora in Italia incominciando dal 1859, estratta per molta parte dalla lettera del predetto Dott. Peruzzi al Dott. A. A. Boinet di Lione, nella quale è dato altresì un cenno storico sull'origine e sui progressi dell'ovariotomia in Italia.

---

(1) Senigaglia 1865.

(2) Il Prof. Vanzetti avea già fatto un'altra ovariotomia a Charkoff nel mese di Maggio del 1846: l'operata, sposa di 29 anni, moriva l' 8° giorno; il tumore (cisti moltiloculare dell'ovajo destro) pesava 55 libbre mediche russe. Quella fu la prima ovariotomia praticata in Russia (Communications à la Société de Chirurgie. Paris 1868 p. 73).

N.	OPERATORE	DATA	LUOGO	ETÀ	CONDIZIONI DI SALUTE	CONDIZIONI DEL TUMORE OVARICO	ESITO	INDICAZIONE BIBLIOGRAFICA
1	Vanzetti	26 Marzo 1859	Padova	28	Cattive	Cisti moltiloculare enorme.	M. il 21° g. di peritonite ulcerativa e perforante.	*Mendini F.*, Tesi inaugurale. Padova 1860 - *Vanzetti*, Communications à la Soc. de Chir. p. 77.
2	Vanzetti	18 Settembre 1860	Verona	40	Cattivissime	» »	M. il 7° g. di peritonite gangrenosa.	*Vanzetti*, Communications etc. p. 88.
3	Peruzzi	6 Gennajo 1865	Senigaglia	38	Cattivissime	Cisti composta voluminosissima con aderenze spleniche e pelviche insuperabili.	M. il 26° g. di peritonite diffusa	*Peruzzi*, Trad. dell'opera di Baker sull' Idrope ovar. p. 271.
4	Bezzi	18 Giugno 1865	Modena	26	Buone	Cisti multiloculare.	M. il 38° g. di pleurite con miliare.	» p. 283
5	Loreta	3 Maggio 1866	- - - - -	—	- - - - - -	Cisti uniloculare.	M.	*Peruzzi*, - Oss. inedita.
6	Bottini	17 Gennajo 1867	Novara	33	Cattive	Cisti moltiloculare enorme con aderenze	M. dopo 20 ore per esaurim.	Ann. un. Med. 1867 CCI 3
7	Bottini	17 Aprile 1867	Novara	28	Non buone	Cisti multiloculare	M. il 2° g. di peritonite diffusa	» »
8	Vanzetti	18 Novembre 1867	Treviso	—	- - - - - -	Cisti voluminosa con forti aderenze.	M. il 6° g. di peritonite	*Peruzzi.*
9	De Cristoforis	12 Dicembre 1867	Milano	30	Cattive	Cisti multiloculare enorme.	M. dopo 24 ore per esaurimento	Gaz. med. Lombarda 18(6)8. - An. un. med. CCVI 589.
10	Vanzetti	19 Marzo 1868	Padova	40	Mediocri	Cisti composta ingente con aderenze estesissime.	M. dopo 40 ore di peritonite	*Peruzzi.*
11	Landi	26 Settembre 1868	Pisa	—	Buone	Cisti uniloculare senza aderenze.	Guarigione	*Landi*, Di una ovariot. prat. nello Sped. di Pisa. Pisa 1869.

N.	OPERATORE	DATA	LUOGO	ETÀ	CONDIZIONE DI SALUTE	CONDIZIONE DEL TUMORE OVARICO	ESITO	INDICAZIONE BIBLIOGRAFICA
12	PERUZZI	4 Marzo 1869	Lugo	44	Buone	Cisti moltiloculare solida (Cistosarcoma) con aderenze poco estese.	Guarita in 20 giorni.	L' Ippocratico 1869 XV 348.
13	VANZETTI	2 Maggio 1869	Verona	28	Buone	Cisti uniloculare con aderenze peritoneali circumombellicali.	M. in 3ª g. di peritonite violentissima.	L' Ippocratico 1869 XV 431.
14	LANDI	30 Marzo 1870	Pisa	30	- - - - - -	Cisti proligera contenente da 6 chil. e 1/2 di liquido colloide con molteplici aderenze.	M. 18 ore dopo *per colasso.*	L' Ippocratico 1870 16 Aprile — Rivista di Med. e Chir. 1870 p. 135, 164.
15	RUGGI	21 Settembre 1870	Bologna	29	Buone	Cisti mediocre, con liquido denso quasi purulento ; aderenze soltanto con l'utero, da cui, fattone il peduncolo con il *clamp* cauterizzante, la cisti staccavasi mediante cauterj prismatici.	M. dopo 12 g. per stenosi dell'ileo prodotta da essudati.	L' Ippocratico 1870 n. 30 Sett. e 15 Ottobre — Rivista medica p. 330.

Tredici morti in quindici operate, che è quanto dire quasi 87 su 100, è risultamento che ben poco incoraggisce: ma l'ovariotomia va giudicata non con la sola statistica italiana; che se a questa si guardi, più che i luttuosi numeri agghiada il cuore vedendo che nè la florida età, nè le buone condizioni generali di salute, nè la semplicità del caso, e neppure la valentia dell'operatore, la sollecitudine ed eccellenza dell'esecuzione sono argomenti che bastino per fare bene sperare della fine dell'operazione. La qual cosa essendo, per render *onesta* l'ovariotomia importa renderla maggiormente *scientifica*, determinare cioè più precisamente ancora le sue indicazioni, discernere le circostanze che ne scemano e ne aggravano i pericoli: imperocchè quelli stessi che meno vi sono proclivi, consentono che si danno casi in cui l'ovariotomia è indicata (1). Se non che al pari di tutte le operazioni, e delle gravi soprattutto, questa pure è in balìa di eventi che la scienza ora, e forse mai, non è in grado di prevedere, ed a cui l'arte non ha sufficiente riparo: laonde all'ovariotomia il chirurgo prudente si volgerà soltanto come ad estremo rimedio, ma non sì tardi che frustranco divenga qualsiasi imprendimento (2). Il Freind presago dei progressi della chirurgia scrisse molto a proposito essere assai difficile giudicare, *quid in chirurgia fieri nequeat;* ma la chirurgia deve, siccome abbiamo detto e ripetiamo perchè massima importantissima, non con la vista semplicemente del *fare,* ma con l'altra dell'*utile conservazione,* operare.

Guarigioni spontanee d' idropisia ovarica trovansi notate nei fasti della scienza; ma ben poche avvennero nel modo che dal Casati in donna gravida fu notato: la cisti si aperse all'esterno e si vuotò intieramente; il parto succedendo poscia in tempo debito felicemente (3).

La Gastrotomia per l'estirpazione dei tumori fibrosi periuterini

---

(1) *Santopadre F.* Dell'idrocistovario, dell'ooforotomia e del valore di quest'operazione rimpetto alla giustizia ed all'umanità. Urbino 1867. p. 42. — *Palamidessi*, Insegnam. di Chir. prat. Firenze 1869.

(2) Il Prof. Palasciano dice saviamente in proposito nella lettera chirurgica al Prof. Santopadre sull'ovariotomia « Riserbare l'ovariotomia come ultima risorsa dell'arte contro i tumori che ne ammettono varie, non è lo stesso che praticarla nello estremo della malattia, non è lo stesso che praticarla quando esistono controindicazioni, vuoi da complicazioni avvenute nella località, vuoi dallo stato generale dell'inferma (Archivio di Chir. prat. 1868 V 343)».

(3) Raccoglit. med. di Fano 1861 XXIII 39.

poche volte, nè con molta buona fortuna venne adoperata (1): nondimeno meravigliosamente guariva la donna del Dott. Peruzzi, sebbene nel grosso tumore fibroso estirpato dalla parete sinistra dell'utero fossero comprese parte del corpo di questo viscere, l'ovaja e la tuba falloppiana dell'istesso lato (2). Meno felice il medesimo operatore perdeva testè in non più di 30 ore l'altra donna, a cui tirava fuori e sradicava un enorme tumore, probabilmente cisto-sarcoma, largo in giro un metro, e pesante più di 9 chilogrammi (3). Più spesso la gastrotomia venne suggerita, ed anche con miglior sorte usata in occasione di volvolo, e per estrarre corpi estranei introdotti nel basso ventre: ecco alcune indicazioni bibliografiche in proposito.

Malagò Pier Paolo, Intorno all'ileo, osservazioni medico-chirurgiche (4).

Petrarchi Ferdinando, Istoria d'un' operazione di gastrotomia in caso di volvulo (5).

Linoli Odoardo, Intorno al volvolo; Osservazioni cliniche (6).

Biagini Pietro, Sopra due nuovi fatti di strangolamento intestinale interno e sulla convenienza dell'enterotomia contro questa affezione (7).

Reali Francesco, Storia di un caso di volvulo perfettamente guarito mercè la gastrotomia (8).

Marcacci Giosuè, Enterotomia per interno strangolamento (9).

---

(1) Veggansene due casi, l'uno del Prof. Rizzoli, l'altro del Dott. Ceccarelli, nella precitata lettera del Peruzzi al Boinet, nell'Appendice alla traduzione del libro di Baker Brown, nel Giornale medico di Roma (A. 1868.), ed anche nell'Ippocratico (1868 XIV 189). Il quale ultimo giornale annunziava altresì nel fascicolo del 15 Aprile 1870 che il Prof. Landi due settimane prima avea estirpato per mezzo della gastrotomia un grosso tumore fibroso, che nato dal fondo dell'utero si protendeva libero dentro la cavità addominale: ma l'operata non sopravvivea neppur due giorni.

(2) L'Ippocratico 1869 XVI 536.

(3) Ivi n. del 30 Sett. e 15 Ott. 1870.

(4) Ann. un. Med. 1827 XLIII 269 (l'operato moriva dopo 5 giorni).

(5) Firenze 1828.

(6) Ann. un. Med. 1845 CXIII 578.

(7) Gazzetta Toscana di Scien. med. fis. Anno 1847. n. 5 (proposta).

(8) Raccoglit. med. di Fano 1848 XXII. n. 29 e 30. Fu piuttosto una gastro-enterotomia: comunque, l'operato così bene guariva da poter entrare nella milizia e restarvi qualche tempo, ritornando poi alle fatiche della vita campestre.

(9) Gaz. med. Tosc. 1849 p. 153. Mem. chirurg. Firenze 1849.

Reali Francesco; Gastro-enterotomia per estrarre un pezzo di palo introdotto nel retto intestino (1).

Borelli G. B., Ernia strangolata, addomotomia il sesto giorno; guarigione (2).

Felici Luigi, Corpo estraneo penetrato nella parte interna del basso ventre; gastrotomia, guarigione (3).

Melchiori Gio., Del volvolo dell'S iliaca (4).

Bertoli Roberto, Della gastrotomia applicata alla cura dell'invaginamento del retto (5).

Egidj Ettore, Di una Gastrotomia felicemente eseguita (per interno strozzamento) (6).

Callegari Paolo, Enterotomia operata nelle sale mediche dello Spedale civile di Venezia (7).

Santopadre Ferdinando, Storia d'una gastrotomia praticata per l'estrazione di un corpo estraneo introdotto nel basso ventre (8).

Rizzoli Francesco, Gastrotomia per interno strozzamento (9).

Parlando delle resezioni dicemmo che il Linoli tagliò l'appendice xifoide curvata in forma d'uncino; per ciò fare necessariamente ei dovè penetrare nella cavità addominale incidendo il peritoneo. In

---

(1) Bullet. Scien. med 1851 XX. 209.

(2) *Borelli*, Raccolta di Osservaz. clin. patol. (A. 1854) II 50.

(3) *Felici*, Rendic. di cure ed operaz. chirurgico-ostetriche. Fano 1858 p. 103.

(4) An. un. Med. 1859 CLXX 231. — Il Dott. Melchiori, appoggiandosi all'osservazione anatomica ed a considerazioni cliniche, propone la gastrotomia in tale specie di volvolo svuotato prima l'intestino de' gas mediante la puntura: ma se l'ansa strozzata sia profondamente guasta, piuttosto che formare un ano artificiale (malagevole essendo mantenere la bocca dell'intestino nell'apertura addominale a cagione della cortezza del mesenterio della fine del colon discendente e del retto), consiglia d'invaginare la porzione mortificata dell'intestino dentro il retto, affine di ottenere l'innesto dell'estremità vive e quindi l'espulsione delle morte per la via dell'ano.

(5) Bullett. Scien. med. 1861 XVI 258. — Semplice proposta, che già in modo consimile circa un secolo prima venne fatta egualmente in Parma da anonimo scrittore nelle aggiunte alla *Raccolta d'opuscoli medico-chirurgici* pubblicata dal Carmignani dal 1762 al 1764. L'articolo è così intitolato « Osservazioni che dimostrano una particolare qualità di volvolo, e riflessioni per fissarne la sede, e procurarne la guarigione (n. XIII. p. 99) ».

(6) Raccoglit. med. di Fano 1861 XXIV 254.

(7) *Namias G.*, Storia di un ano artificiale ecc. (Giorn. Veneto Scien. med. 1862 XIX 63).

(8) L'Ippocratico A. 1865.

(9) Bullet. Scien. med. 1868 VI 203. Citato dal Dott. Verardini nella Nota intorno l'ernia diaframmatica.

questo medesimo articolo abbiamo pur detto che tumori fibrosi aderenti al peritoneo vennero felicemente staccati da alcuni nostri chirurghi; qui aggiungiamo che recentemente il Dott. Angelo Zotti dovendo estirpare un fibroide dalla fossa iliaca destra, praticava la gastrotomia in una donna; la quale, sebbene cachettica, sebbene avesse il tumore tenacemente adeso alla grande sierosa addominale e soggiacesse ad acuta peritonite, guariva (1): buona sorte, che sinora ebbero per quanto si sa tutte le operate per consimile ragione, e che maggiormente contrasta con quella delle altre sottoposte alla gastrotomia per estirpare tumori fibrosi periuterini. Anche dev' essere ricordato il fatto assai singolare narrato dal Dott. Fedeli. Una contadina di 50 anni del Lago di Garda, pellagrosa e pazza, trangugiò una lunga forchetta; la quale, se non valse a torle la vita, siccome l' infelice voleva, ben gliela fece tormentosissima per lungo tempo. Formatosi un ascesso nell' ipocondrio destro ed apertosi, mentre che per bocca ancora marcia veniva vomitata, cominciarono a farsi sentire i rebbj della forchetta; ma poichè in undici mesi quelli non si spinsero innanzi che di poche linee, il Dott. Fedeli allargò il foro in modo, nel taglio comprendendo eziandio lo stomaco, da poterne trar fuori lo strumento, già in parte irruginito. In *quindici* giorni la donna tanto bene guariva, che neppur segno restavale di fistola o piaga (2).

Ma il chirurgo apre eziandio il ventre per ispurgarlo delle feccie, delle marcie o d'altri umori, che per qualche accidente sianvisi stravasati e raccolti. La *Relazione di alcuni casi d' interruzione di continuità avvenuta in qualche tratto del canale intestinale* del Prof. Rizzoli porge due begli esempj di gastrotomia a tal fine felicemente eseguita. Nell'uno erano materie fecali accumulatesi nella regione lombare destra , mentre che l' ano preternaturale, da cui in parte soltanto quelle uscivano, stava nell'opposta faccia del ventre: nell'altro caso bile era colata e sterco erasi ammassato nella cavità del peritoneo, successivamente all' infiammazione cangrenosa e rottura della cistifellea e dell' intestino colon (3). Il medesimo Professore

---

(1) L'Ippocratico 1869 XVI 241.

(2) *Mair*, Fremde Körper die von Aussen in den Organismus eingedrungen sind. München 1861 p. 81.

(3) Novi Comment. Instit. Bonon. 1846 X 359. — Collez. Mem. Chir. II 106, 116.

ha quindi testè narrato com' egli nel 1868 facesse la gastrotomia epipubiana per ciò che, cosa straordinaria, ulceratosi il retto intestino, gli escrementi versavansi dentro il ventre in un vasto cavo, donde, scorrendo un angusto canaletto lungo quattro in cinque centimetri, uscivan fuori dall' apertura formatasi al di sopra dell' ombellico. Fu duopo pertanto squarciare il ventre, tanto che la cicatrice, che poi robusta formavasi, era lunga più di nove centimetri. Al giovane, così avventurosamente campato, altro incomodo non rimase che un piccolo foro fistoloso, da cui, nell'atto di deporre il superfluo del ventre, gocciolava qualche materia escrementizia (1).

Anche il bolognese Tacconi nel secolo scorso ebbe la fortuna di veder guarire l' infermo, al quale egli avea inciso l' addomine per farne sgorgare le marcie e gli altri umori, l' intestino, che era stato ferito da una coltellata, essendo caduto in gangrena (2).

Accenniamo da ultimo a cagione della straordinaria loro mole i due tumori fibrosi, della cavità addominale osservati dai Dott. Versari e Michelacci: sorgevano entrambi dalla pelvi e salivano fin sotto le ultime costole spurie; pesavano da 150 a 152 libbre (3).

(*Capo* 66.°)

PARACENTESI. -- RICERCHE STORICHE INTORNO IL TRIQUETRUM O TREQUARTI.

Fra tutte le operazioni, che si fanno sull'addomine, la più comune ed innocua senza dubbio è la *paracentesi*. Gli antichi, siccome è noto, per aprire il ventre si giovavano de' caustici e dell' incisione: Celso descrive una specie di lancetta che a questo fine veniva adoperata (4)., chiamata poscia dal barbaro traduttore latino di Albucasis

(1) Bullet. Scien. med. 1871 XI 81.

(2) De raris quibusdam hepatis aliorumque viscerum adfectibus Observationes. Bononiae 1740.

(3) *Versari Camillo*, Storia anamnestica e necroscopica di un enorme tumore fibroso peritoneale. Forlì 1838. — *Michelacci Augusto*, Di un voluminoso tumore contenuto nella cavità addominale (Gaz. med. Toscana A. 1852 p. 145. 153. 177).

(4) Lib. VII C. 15.

spatumile spinosum (1), e dal Lanfranco *sagittella* (2). Fatto che avevano il foro, introducevano un cannellino di piombo, o di rame con una bocchetta donde avea esito l' acqua. E così si continuò fino a tutto il secolo XVI, Falloppio, Fabbrizio d' Acquapendente ed Andrea Dalla Croce, che è quanto dire i migliori chirurghi di quel tempo, contentandosi di variare semplicemente la figura del coltello o lancetta. Jacopo Block, chirurgo d'Amsterdam, ritornando dall' Italia portò in Olanda, senza che bene si sappia da chi l'avesse o ne imparasse la forma e l'uso, *l'ago* paracentico, strumento che Paolo Barbette, altro chirurgo ed anatomico Olandese, trovava non mai abbastanza laudabile, e che poscia mutava alcun poco, acciocchè meglio e più speditamente traffiggesse la pelle ed i muscoli, facendone la punta di rotonda che era, lanceolata e tagliente su l'uno e l'altro lato (3). Ma era sempre un cannello, d'argento o d'acciajo che fosse, il quale pungeva o tagliava mediante l'aguzza od affilata sua estremità, e raccoglieva gli umori per mezzo del foro in questa medesima estremità scolpito. Nondimeno lo strumento perchè dal Barbette descritto e pubblicato nel 1657 ebbe nome di *ago barbeziano*. Thouvenot, chirurgo del Duca di Savoja, non perfezionava l'operazione malgrado che immaginasse nuovi strumenti. Con un grosso ago, o stiletto d'acciajo e rotondo perforava il ventre, e nel foro praticato introduceva una cannuccia, che avea questo di particolare di potersi chiudere ermeticamente mercè della chiave e dell'opercolo posti nell'estremità capitata (4). Nondimeno il vero *triquetrum*, o volgarmente *trequarti*, era già stato inventato dal Santorio e da lui pubblicato nel 1625, dandone anche la figura: era veramente un ago tricuspidato, che nell' infiggersi nella cavità del ventre si traeva dietro la cannella alata entro cui passava, e che poscia, fatto il foro, abbandonava (5). Velpeau, dice che Camper fa risalire l'invenzione della cannula santoriana niente-

(1) Chirurg. Tract. II C. 54 De Cura Hydropisis.

(2) Chirurg. magn. Tract. III. Doctr. III C. 10.

(3) *Barbette Pauli*, Chirurgia Cap. XIV de Paracentesi. Op. omn. Genevae 1683 p. 41.

(4) Ivi p. 42. — Al principio del secolo passato continuava ad essere in uso l'ago di Barbette, con l'aggiunta d' un cavicchio, ovvero turacciolo, di bosso o di metallo, per trarre dell'acqua quel tanto che si credeva conveniente (*Blancardi*, Instit. Chirurg. Op. omn. Lugd. Batav. 1701 II 344).

(5) Commentaria in primam Fen Primi Libri Canonis Avicennae. Quaestio LXXI: An pituita differat a crudo succo et quomodo. Venet. 1625 p. 608. — Op. omn. Venet. 1660 III 609.

meno che fino ad Ippocrate, e che l' ago barbettiano trovasi nei libri di Rhazes; ma senz' andare a pescare nella *Collezione* del principe de' medici, o nel *Hâvvi* dell' arabo Galeno l' idea del nostro trequarti, troviamo che Giambattista Canani nella metà del cinquecento immaginò, affine di perforare il ghiande d' un fanciullo che avea il difetto dell' ipospadia, un congegno che del trequarti ha appunto le parti essenziali. Odasi l' Amato Lusitano, il quale ne fa la descrizione nella Centuria I^{a}, cura 23^{a}, delle sue Osservazioni medicinali. «Cananus sic machinatus est: nam canulam argenteam fabrefieri curavit admodum subtilem, intra quam acus argentea continebatur, quæ canula per foramen prope testiculos, ut dixi, existens versus glandem immitti deberet.....» Domenico Masotti alla metà del secolo scorso faceva all' ago barbeziano, com'egli tuttavia lo chiamava, sostanziali aggiunte e mutazioni; giacchè, riprendendo la proposta del Santorio, quello metteva dentro una cannula. Volendo poi subito essere avvisato del compimento dell' operazione, il chirurgo di S. Maria Nuova immaginava di fare diversi buchi nella cannuccia corrispondenti ad altrettanti nell'ago, esso pure cavo nell' interno, donde l' acqua si sarebbe fatta strada mostrandosi poi al difuori (1).

Cotesta correzione è stata testè anche dal Prof. Rizzoli suggerita, siccome molto opportuna, per essere sicuri che lo strumento sia penetrato in cavità: e per vero egli ha fatto costruire un trequarti, la cui cannula in ambedue le estremità ha sulla stessa linea un' apertura o finestra, e la cui asta, che porta il dardo, contiene un solco corrispondente alle due finestre, in tutta la sua lunghezza. E però, subito che il dardo sia penetrato con l' estremo dell' unita cannula in cavità, esciranne per la finestra e per il solco predetto certa copia dell'umore raccolto (2). Il Dott. Marzuttini, che da molti anni si serve di consimile strumento, fa per altro riflettere che in alcuni casi eccezionali, siccome a lui avvenne di osservare, il liquido contenuto nella cavità in cui si fa la paracentesi non potrà ascen-

(1) Lettera sopra gl'istromenti necessarj per la litotomia nelle donne, e sopra l'ago barbeziano. Firenze 1756 p. XXX. — Il Masotti per tenere lontano dalla cannula senza violenza l' omento, od altro che potesse approssimarsele od in essa imboccare, e per conseguenza impedire il libero sgorgo dell' acqua, introduceva, levato l' ago, nella cannula altra più piccola cannella, con fori rispondenti ai predetti della cannula, e chiusa nel fondo.

(2) Bullet. Scien. med. 1866 I 19.

dere pei solchi, o canaletti interni, perchè soverchiamente denso (1). Il Dott. Bianchetti di Mantova per essere sicuro che le injezioni per la cura dell' idrocele vadan proprio nella vaginale, e non s' infiltrino ne' tessuti vicini, propone un trequarti a doppia cannula; la minore delle quali od interna, che s' immette levato il punteruolo, è munita di due molle elastiche, che, uscendo divaricate dalle aperture laterali della maggiore od esterna, impediscono che questa venga rimossa dal fondo della ferita. Più che nell' idrocele cotesto strumento, od altro costruito sul medesimo concetto, quando pure si reputasse utile, potrebbe servire per le injezioni in parti profonde, dentro le cisti, ad esempio, delle ovaje (2).

Io mi son un po' trattenuto su questo argomento di chirurgia armamentaria, perchè generalmente dagli storici, anche di cose chirurgiche, ignorato o malamente esposto ne' suoi particolari.

Dovendosi fare la paracentesi in donna gravida od idropica, lo Scarpa propose e praticò come miglior metodo, per non offendere l' utero od altro viscere, di pungere la parete dell' addomine nell' ipocondrio sinistro fra la sommità del lato esterno del muscolo retto ed il margine delle cartilagini delle costole spurie (3). Il Dott. Kruch confermava la bontà di cotesto precetto (4): a cui non contraddice d' altronde il Velpeau allorchè assicura di aver punto parecchie volte nell' ascite complicata da gravidanza il fianco sinistro, senza particolare elezione di luogo (5).

Negli Annali della Scienza stanno registrati parecchi esempj di molteplici paracentesi sostenute dallo stesso soggetto. Ai medesimi può aggiungersi questo dal Bresciani ricordato, per ciò che più di 90 volte tale operazione fu ripetuta in una donna nello spedale di Verona in causa d' idrope ascite (6); ed anche la storia riferita dal Dott. Michele Borgialli di *Ascite superata dopo la 45ª estrazione delle acque per mezzo della paracentesi addominale, da cui scaturirono 4500 libbre d'acqua* (7). Ma più di tutti è straordinario quest' al-

(1) Bullet. Scien. med. 1866 I p. 323.
(2) Gaz. med. Prov. Venete 1868 p. 193.
(3) Memoria sulla gravidanza susseguita da ascite (Atti dell' Ateneo di Treviso T. I).
(4) Ann. un. di Med. 1820 XVI 207.
(5) Médec. opérat. Bruxelles 1835 p. 337.
(6) Saggi di Chir. p. 249.
(7) Patogenia dell' Idrope. Ivrea 1787.

tro caso nel quale per la stessa malattia (o più probabilmente a cagione d'idropisia cistica dell'ovajo), nel corso di 11 anni, 255 volte fu punto il ventre in una donna, sottraendone complessivamente litri 3110 e 698 grammi. Il caso, esposto dal Dott. Minonzio, ha, diversamente da altri consimili, tali testimonianze da non metterne in dubbio la veridicità: duole che, morta la donna, non si potesse ottenere di aprirne il cadavere (1).

Talvolta l' ascite guarisce fuori d' ogni aspettazione ed in modo affatto insolito: memorabile in proposito è il racconto del Pedana. E per vero la donna, di cui esso dice, sebbene per tragrande idropisia disperata dai medici, perfettamente risanò poscia che nel cadere da una sedia percosse il ventre contro terra, ed in quattro giorni cacciò per la via dell' orina da quasi 400 libbre d' umore acquoso (2).

Il Malacarne fu caldo fautore della paracentesi dalla parte della vagina e del retto (3): ma questo modo di puntura potrà bensì, come appunto giovò al Monteggia in una donna che avea procidente la vagina (4), servire in circostanze speciali, non già proporsi per regola generale. La paracentesi è pure stata consigliata nella timpanite guardando a' buoni effetti che si ottengono forando il rumine de' bovini, quando siano, per aver soverchiamente mangiato erba fresca, gonfj d'aria. Il Prof. Jacopi in una speciale dissertazione ha voluto assolutamente proscrivere quest'operazione come incerta relativamente al *dove* e *come* eseguirla, *inutile* perchè non se ne ottiene l' intento proposto, ed in fine grandemente *pericolosa* perchè accelera la perdita dell' infermo (5). Il Monteggia non l' escludeva affatto, perciocchè l' esempio del benefizio che ne ritraggono gli animali, sebbene non sia per intiero trasportabile nell' uomo, non lascia di avere qualche peso (6). E veramente l' anno dopo il discorso del Jacopi, il Dott. Marco

(1) Ann. un. di Med. 1862 CLXXXI 263.

(2) *Penada J.* Saggio d' Osserv. e Mem. sopra alcuni fatti riscontrati nell' esercizio della Medicina e dell' Anatomia pratica. Padova 1793. oss. VIII.

(3) *Genuardo Vincenzo,* Lettera su di un nuovo metodo di praticare la paracentesi (Giorn. per servire alla Storia ragionata della Medicina. Venezia 1794 T. IX P. II p. 64).

(4) Istit. Chir. Cap. IX § 1170.

(5) Se convenga la paracentesi in caso di Timpanitide peritoneale e nella intestinale. Milano 1812.

(6) Istit. Chir. Cap. XII § 959.

De-Marchi di Treviso annunziava di avere felicemente eseguita la paracentesi peritoneale in un caso di gravissima timpanite prodotta da colica flatulenta, pungendo con un trequarti il colon trasverso (1).

(*Capo* 67.°)

ERNIE. — OPERE DELLO SCARPA.

Se a parecchi Capitoli di questo lavoro abbiamo dato principio con esporre le cose fatte ed insegnate dallo Scarpa, molto più dovremo ciò fare riguardo all' *Ernie*, perchè veramente classiche sono le *Memorie*, che il sommo chirurgo di Pavia pubblicava ne' primordj del secolo intorno questo vasto e difficilissimo argomento, traendo le sue dottrine da numerose indagini anatomico-patologiche, e dalle osservazioni cliniche, illustrando i disordini veduti e spiegati con nitidi e fedelissimi disegni. Giova pertanto, innanzi di dire de' più recenti lavori su questa materia, esporre succintamente le cose principali che sono in quelli dello Scarpa, siccome appunto fece l' anonimo suo biografo nella Biblioteca italiana (2).

La descrizione anatomico-patologica dell'ernia inguinale e scrotale data dal nostro autore è la più chiara, esatta e completa di quante sin allora erano state pubblicate. Egli solo seppe tener buon conto del cremastere nella formazione degli strati componenti gl' involucri dell' ernia scrotale. Fu il primo ad avvertire i chirurghi, che, anche nell' antica e vasta ernia scrotale, la spessezza e densità de-

---

(1) *Brera*, Giorn. di Med. 1813 Sem. I 400. — Anche il Rossi nel 1806 scriveva di aver fatto due volte con buon esito la paracentesi per cagione di timpanite: ei supponeva per altro che i gas fossero fuori delle intestina. (Elém, de Méd. opérat. II 19). È notabile poi ciò che il Dott. Olivieri raccontò intorno la paracentesi fatta per rimediare alla timpanite acuta da lui osservata negl' Indiani della Bolivia, e prodotta dalla fermentazione dei cibi vegetabili nello stomaco. Di 20 e più infermi, in cui il medesimo Dott. Olivieri fece cotesta operazione, otto sanarono perfettamente nello spazio di circa tre settimane (Gaz. med. Lombardia — Gaz. med. Stati Sardi 1860 p. 263).

(2) A. 1833 LXX 210.

gli strati che vi s' incontrano procede da grossezza e durezza preternaturale delle fibre carnose del cremastere, e delle sovrapposte maglie del tessuto cellulare, non mai da incremento di grossezza e di densità del peritoneo formante il sacco erniario; il qual sacco si mantiene nello stato normale del pari che il peritoneo nel ventre. Corresse l' errore, che l' anello inguinale sia una semplice fenditura dell' aponeurosi dell' obliquo esterno direttamente comunicante colla cavità del ventre; mentre, propriamente parlando, l' anello inguinale in istato naturale costituisce soltanto l' esterna apertura di un canale, il quale scorre fra le pareti muscolari dell' addomine dal fianco verso il pube: di conseguenza è questa la via, che tengono le viscere nella loro discesa nell' inguine e nello scroto. Pose fuori d' ogni contestazione, che talvolta le viscere si arrestano in questo tragitto, e talvolta, benchè assai di rado, si fanno strada al difuori tra qualche divaricazione dell' aponeurosi dell' obliquo *esterno* pria di arrivare alla sede dell' anello inguinale; quindi dedusse essere conforme alla verità dei fatti la distinzione dell' ernia inguinale in *esterna* ed *interna*, relativamente alla sede del pube o del fianco. Espose colla più grande precisione i segni proprj di ciascheduna di queste due specie d' ernia, e le differenze che passano fra queste e la scrotale *congenita*; cose tutte non abbastanza dilucidate a que' tempi. In particolare modo poi si adoprò a porre nella maggiore luce tanto con la chiara esposizione, quanto col sussidio di splendide tavole in ciascheduna delle predette ernie la posizione del sacco erniario relativamente a quella dell' arteria epigastrica. Confermò ed illustrò l' osservazione di Camper sulla decomposizione del cordone spermatico nell' ernia scrotale vasta ed antica, e sulla trasposizione dei vasi spermatici dalla faccia posteriore del sacco erniario sui lati e sulla faccia anteriore dello scroto; ed a questo proposito fu egli il primo a rendere avvertiti i chirurghi, che la stessa trasposizione ha luogo anche in conseguenza di vasto ed antico idrocele della vaginale.

Di quante descrizioni fin' allora erano state pubblicate sulla struttura dell' arcata femorale, e sull' anello crurale che ne risulta, nessuna eguaglia quella data dal nostro autore per la lucidezza della sposizione, e per l' evidenza che spicca dalla tavola XI delineata con la massima maestria. Dicasi lo stesso in riguardo della struttura dell' ombellico nel feto, e della differenza fra l' ernia ombel-

licale *congenita* e *l' avventizia*, non che fra queste e l'ernia della linea bianca. Nè devesi passare sotto silenzio la perfetta conoscenza che ora abbiamo di quella singolare specie d'ernia, in cui il cieco intestino discende per l'anello inguinale sino al fondo dello scroto, ove, ritenuta la naturale aderenza che egli aveva col peritoneo nella regione iliaca destra, trovasi in parte fuori, in parte entro il sacco ernioso.

Sulle cagioni predisponenti ed efficienti dello strozzamento ricusa di aderire all' opinione di coloro, i quali attribuiscono all'anello la facoltà di restringersi per propria forza e per quella delle potenze muscolari con le quali trovasi in continuità. Asserisce al contrario per la propria e l' altrui sperienza, che la ristrettezza del collo del sacco erniario relativamente al volume delle viscere fuori uscite è, più di frequente che la rigidità dell' anello, cagione d' incarceramento, principalmente nell' ernia scrotale congenita.

Dalle premesse nozioni sulla struttura delle parti tanto in istato sano che morboso, sulle quali deesi operare, traeva i precetti per la cura. Nell' ernia femorale incarcerata del maschio insegnò lo Scarpa in qual modo potevasi preservare da offesa il cordone spermatico, dirigendo cioè il tagliente, contro l' usato, dall' alto in basso ed obliquamente verso il pube, sicchè ne venga intaccato il legamento di Gimbernat, lasciata intatta l'arcata femorale. Volle sbandita la legatura suggerita da Celso per la cura radicale dell' ernia ombellicale ne' bambini, qual operazione assai pericolosa, ed inoltre non necessaria. Riguardo all' ernia *cangrenata*, spianate le difficoltà e tolte di mezzo le incertezze, che vigevano a que' tempi sul partito da prendersi ne' casi di omento cangrenato od altrimenti morboso, combattè vigorosamente l' inveterata pratica di passare un filo attraverso del mesenterio, ad oggetto d' intrattenere le due bocche dell' aperto intestino di contro l'esterna ferita; dimostrando niun particolar mezzo essere necessario per conseguire che le materie fecali si scarichino dalla piaga stessa, per la ragione che l' apertura superiore dell' intestino non può in modo veruno allontanarsene.

In fine sul conto dell'ano anomalo, che necessariamente da codesto infortunio deriva, il nostro autore si pose a seguire i passi della natura nell' eseguimento della benefica di lei operazione: osservò egli quindi che, nell' atto stesso in cui per effetto dell' infiammazione *adesiva* le due porzioni dell' ansa dell' intestino troncato poste in linea

parallela aderiscono fra di loro, le due aperture dell' intestino stesso si trovano circondate e comprese dai rimasugli del collo del sacco erniario come entro un comune membranoso recipiente inerente alle interne labbra della piaga; per l' interposizione del quale recipiente le fluide materie fecali, che dalla bocca superiore del troncato intestino discendono in questo ricettacolo, in esso divergono, e sono per entro il medesimo a modo di semicerchio guidate dalla bocca superiore nell' inferiore dell' intestino stesso. Secondo che poi le materie fecali riprendono il corso loro naturale, l' esterno foro fistoloso si va gradatamente sempre più restringendo, finchè, addossati gli uni agli altri i suoi margini, chiude del tutto l' uscita alle materie stercoracee. Fece osservare in quest' occasione lo Scarpa, che non sarebbe conforme agl' intendimenti della natura l'uso della compressione per ottenere la chiusura dell'*ano artificiale*, poscia che il membranoso recipiente comune alle due bocche del troncato intestino, da lui chiamato *infundibolo*, trovasi presso a poco immediatamente sotto la cute. Il motivo per cui le forze della natura non sono bastanti ad effettuare la guarigione di un terzo di queste infermità (giacchè secondo il computo di Dupuytren due terzi dei così detti ani artificiali vengono guariti per opera della natura) fu ignoto fino a che lo Scarpa dichiarò lo stato nel quale si trovano le bocche dell' intestino aperto nell' infundibolo, ossia nei rimasugli del collo del sacco erniario; perciocchè accade talvolta, che il così detto *sprone* si avanzi tanto nell' infundibolo da impedire che le materie fecali, le quali discendono dalla bocca superiore dell' intestino, si versino nell' apertura inferiore dell' intestino medesimo. Pertanto è manifesto che il Dupuytren concepiva l' idea della nuova operazione, di distruggere l'eccessiva prominenza dello *sprone*, dalle notizie che lo Scarpa dava nelle sue opere sopra l'ano preternaturale, e le sequele di esso.

In altra dissertazione il Professore di Pavia trattò dell' ernia del perineo, oggetto sul quale non si aveano ben sicure cognizioni, per modo che Chopart e Desault dubitarono perfino della possibilità dell' ernia suddetta; ed Astley Cooper concedeva che un intestino possa essere spinto fin nel basso fondo della pelvi, ma non mai tant' oltre da formare tumore prominente nel perineo. Illustrò l' origine ed i sintomi di questa malattia, ne fece conoscere la vera essenza mediante un' esatta anatomica dissezione. Dimostrò con fatti proprj e di altri che nell' ernia del perineo nel maschio, come in quella delle

pudenda nella donna, il tumore è formato dalla protrusione fuori del fondo della pelvi ora di un'ansa dell'intestino, ora di porzione della vescica orinaria. Additò le regole per operare quest'ernia, quando per avventura non bastasse il taxis, per evitare nel maschio l'offesa della vescica orinaria, e nella femmina quella della vagina. Finalmente propose opportuno cinto per contenere le viscere fuoriuscite (1).

Dopo il grande maestro, lo studio delle ernie fu proseguito ne'particolari delle medesime, tanto rispetto all'anatomia patologica, quanto alla clinica ed agli atti operativi; onde che la storia di queste affezioni venne arricchita, nuovi fatti essendo stati raccolti, certe opinioni corrette, parecchie quistioni meglio dichiarate, adunati i materiali per la soluzione di quelle su cui non ancora fu possibile statuire. Di questi molteplici lavori non potremo che accennare i principali, e di questi pure breve sarà la notizia. Ma innanzi di procedere in quest'esposizione, ci piace di ricordare un importante lavoro di anatomia chirurgica o topografica, che ai nostri anatomici e chirurghi dev'essere di eccitamento per continuare in istudj, i quali, sebbene nati fra noi, troppo presto e malauguratamente furono lasciati in disparte come oggetto di speciale occupazione. Vogliam dire delle *Ricerche anatomiche sull' intima struttura della regione inguino-crurale applicata alla storia delle ernie* del Dott. Giuseppe De-Negri di Genova; opera nella quale la perizia e la diligenza anatomica sono grandissime, soverchiamente minuziose fors'anche certe particolarità per la pratica chirurgica (2). Il Prof. Tomati prima ancora del De-Negri, dava la spinta a questi studj, de'quali poscia il Dott. De-Lorenzi faceva conoscere i principali risultamenti nella tesi di concorso per essere aggregato al Collegio medico-chirurgico di Torino. « Così il canale, propriamente detto, vera vagina imbutiforme dei vasi femorali, fu studiato in Genova, ed in Torino, come veramente è, non interrotto allo interno della vena femorale per una sbieca spaccatura ovale tagliata a guisa di penna da scrivere; ma solamente pertugiato per imissione ed emissione di vasi linfatici, venosi ed arteriosi. La fossa ovale abolita, e per nuovi e più diligenti studj rifatta più conforme al vero la descrizione e la preparazione del canal crurale con tutti i suoi strati

(1) Memoria sull' ernia del perineo. Pavia 1821.

(2) Genova 1857 e 1858 con tav. — Liguria medica. Genova 1858 p. 402.

fibro-aponeurotici; la fisiologia non trovò più in tale regione una eccezionale mancanza di rapporti aponeurotico-muscolari colle vene, e la chirurgia vi riscontrò più sicure indicazioni anatomo-patologiche. (1) »

(*Capo* 68.°)

DELLA FREQUENZA DELL' ERNIE NELLE DIVERSE PARTI D' ITALIA. CAGIONI DELL' ERNIE.

Il Malgaigne, laboriosissimo scrittore, volle mostrare con la scorta dei registri delle cerne militari, in quali proporzioni le ernie si mostrassero ne' varj spartimenti della Francia: ei trovò, che gli erniosi sono in maggior numero nelle provincie centrali, che in quelle della periferia. La quale differenza egli attribuiva principalmente alla diversità delle razze; gli spartimenti del centro essendo stati popolati primitivamente dalla razza celtica, gli altri dalle razze normanna, brettona, chimrica, germanica ed iberica. Il Commendatore Cortese ripetè fra noi queste indagini studiando le « Malattie ed imperfezioni che incagliano la coscrizione militare nel Regno d' Italia » e trovava che non tanto la diversità di razza, quanto i climi umidi e molli hanno parte nella disposizione alle ernie; con tale causa precipua concorrendo i lavori precoci ed eccessivi, non che la rilassatezza dei costumi, massimamente nell'età giovanile, prima che il corpo abbia acquistato il suo pieno sviluppo. Ed in prova evidente del prevalere dell'anzidetta cagione citava il territorio dell' Emilia dove gli erniosi stanno, in media, come 1 su 15 riformati, con questa enorme differenza di 1 ernioso su soli 9 riformati lungo le terre basse del Ferrarese e del Modenese, non che sulle spiaggie di Rimini; laddove nelle provincie più prossime ai colli che fanno contrafforte all'Appennino, la proporzione discende fino ad 1 su 50 (2). Ma in tali diffe-

---

(1) *De-Lorenzi* Annotazioni anatom. patol. sulle ernie inguinale e crurale. Torino 1864 p. 34.

(2) Mem. sud. Milano 1856 p. 97. 98. — Il Dott. Agostino Barbieri nel suo *Rendiconto della Guardia chirurgica nell' Ospitale maggiore di Milano per l'anno 1869* (Milano 1870), ha dato il saggio d'una statistica delle ernie a cui in vario modo fu in quel caritatevole luo-

renze dee altresì aver la sua parte la *qualità* del lavoro; la qual cosa non potrebbesi co' numeri dimostrare se non quando ne' ruoli de' chiamati sotto le armi non si faccia ricerca e notamento dell'arte o mestiere da' medesimi innanzi esercitato. Ma neppur questa notizia potrà dare spiegazione dei divarj che si osservano fra luogo e luogo di una medesima regione; fra Napoli, ad esempio, che quasi può dirsi esente da cotesto malore, ed i distretti di Casoria e Caserta ove arriva ad 1 su 10 o 12. Senza dubbio deve ciò dipendere da consuetudini affatto locali: non è poi da dimenticare la partecipazione ereditaria, nel senso che si trasmettono nelle generazioni quelle modificazioni nella struttura dell' addomine, che sono favorevoli al producimento delle ernie. Tutte le cause poi predisponenti alle ernie quantunque molteplici, hanno per comune carattere di diminuire la resistenza delle pareti addominali; e però quanto più questa è scemata, altrettanto minore è lo sforzo, o causa efficiente, perchè l'intestino esca fuori dalla cavità che naturalmente lo contiene. Così è che allora l'ernia ci appare spontanea, siccome nell'uomo veduto dal Dott. Pellizo, nel quale tre ernie, una all'ombellico, una a destra l'altra a sinistra del margine esterno del muscolo retto, sorsero successivamente ad ascessi formatisi in quelle parti (1).

---

go provveduto; la quale se continuata per parecchi anni con le medesime regole, meglio di quelle che sinora possiede la scienza potrà rispondere « ai molti quesiti circa la frequenza delle ernie a seconda del paese, del sesso, dell'età, della condizione sociale, dell'età del loro sviluppo, e quella relativa delle varie specie di ernie, nonchè circa il modo e la frequenza del loro accoppiamento sullo stesso individuo ecc. (p. 42) ». Intanto nel solo anno 1869, non comprese le ernie osservate durante il primo semestre nelle infermerie, nè le recidive nel corso dello stesso anno, vennero quivi provvedute di cinto, od in qualsiasi modo curate 4540 persone, il numero delle ernie essendo stato di 6386. I poveri così soccorsi appartengono al territorio dell'ex-Ducato di Milano, che conta circa un milione d'abitanti.

(1) An. un. di Med. 1842 CI 152.

(*Capo* 69.°)

DI ALCUNE ERNIE IN PARTICOLARE. — DELL' ERNIA CONGENITA O DELLA VAGINALE. — DELL' ERNIA OMBELLICALE E DELLA LINEA ALBA. DELL' ERNIE VENTRALI OD ANOMALE.

L' Ernia inguinale congenita formò oggetto di particolare studio per il Prof. RIZZOLI, il quale di questa specie di protrusione intestinale, in cui il testicolo non è regolarmente sceso nello scroto, giunse molto minutamente a distinguere fino a 17 varietà (1). E poichè il testicolo può contrarre aderenze con le parti che lo racchiudono, od invece rimanere libero; ne consegue che se nel primo caso è d'uopo di aprire il canale inguinale e staccare le predette aderenze, nel secondo quest'operazione può essere risparmiata, bastando ampliare con incisioni sottocutanee il foro inguinale interno. Ma ponendo mente «che non di rado nella regione dell' interno foro inguinale hanno luogo anomalie anastomotiche non sempre determinabili prima d' incidere l'anello, per le quali anche colla indicata sottocutanea incisione potrebbero derivarne lesioni capaci d' indurre conseguenze molto funeste» l'autore volle risparmiare anche quest' operazione e sostituirvi la semplice dilatazione graduale incruenta sottocutanea dello stesso anello. Praticata questa in un giovane di 20 anni, ottenne non solamente che il testicolo rimanesse permanentemente nascosto nel ventre, ma anche la *radicale guarigione* dell' ernia. Similmente in un uomo di oltre 40 anni fu introdotto nell'addomine il testicolo mediante la dilatazione dell'anello, e quindi l'ernia potè essere benissimo contenuta mediante il cinto. Il qual fatto prova che anche

---

(1) Alcune di queste varietà non sono descritte dai trattatisti, altre non abbastanza esattamente. — *Rizzoli,* Su alcune particolarità riscontrate in un'ernia inguinale congenita nascosta, ed incarcerata (Mem. dell'Accad. delle Scien. di Bologna 1851 II 37). — Operazioni chirurgiche per la cura radicale di alcune ernie addominali (Ivi 1856 VII 187). — Nuovo metodo per la cura di alcune varietà d'ernia inguinale congenita associata alla presenza del testicolo nel canale inguinale (Ivi 1862 XII 3).

nell'età adulta l'anello inguinale, quand'anche dilatato, può tornare sopra sè stesso e restringersi. Il medesimo risultamento ottenne in altro uomo di quasi uguale età del secondo predetto (1). Quando per altro il testicolo sia non solamente mobile perchè senza aderenze, ma capace di essere con le trazioni allungato, allora il Prof. Rizzoli in più volte stira gradatamente con le dita il testicolo ed il funicolo in basso verso lo scroto sinchè, ottenutosi, dopo maggior o minor tempo, sufficiente allungamento del funicolo, si possa applicare un cinto per contenere l'ernia ed insieme per mantenere in basso con il cuscinetto di figura semilunare il testicolo ed obbligarlo a penetrare nello scroto. Tanto praticava felicemente in quattro ragazzetti (2).

Il Dott. Borelli di Torino ebbe altresì opportunità in due casi di studiare lo strozzamento ernioso prodotto dalla presenza del testicolo nella regione inguinale. Approfittando egli dei precetti del Richter, dai chirurghi quasi obliati, mediante il taxis (spostato il testicolo dall' anomala posizione) ottenne la riduzione dell'ernia; anzi nel secondo infermo ottenne eziandio che mentre l' intestino scorreva per il canale entro l'addomine, il testicolo uscisse dal canale stesso, permettendo comodamente l'applicazione del brachiere (3).

Intorno l'ernia saccata della tonaca vaginale di Astley Cooper il Dott. Melchiori pubblicava alcune osservazioni prima nella *Liguria Medica* e poscia negli *Annali Universali di Medicina*, preferendo di chiamare la medesima *ernia della vaginale del testicolo a doppio sacco*, perchè realmente il viscere sta entro due sacchi sierosi, l'uno dato dalla vaginale del testicolo, l'altro avventizio. Il quale sacco avventizio non proviene già, a suo avviso, dalle aderenze poste nell'anello esterno, siccome scrisse il Cooper, bensì da quelle che chiudono, a modo di coperchio, l' apertura della vaginale nell'anello interno dopo la discesa del testicolo (4). Ma l' ernia della vaginale può manifestarsi anche nell'età adulta; nè del tutto esatta è l' espressione di ernia congenita, cioè di ernia avvenuta nella vita uterina, quando mancano generalmente le potenze e le occasioni perchè protrudano i visceri, siccome anche il nostro Monteggia avvertiva.

---

(1) Bullet. Scien. med. 1862 XVII 240.

(2) Ivi 1862 XVIII 309.

(3) Gaz. med. Prov. Sarde 1857 II 89. — Raccolta di Osserv. Clin. patol. II 105.

(4) Liguria medica A. 1856. — An. un. di Med. 1865 CXCI 592.

Non solamente nel maschio il Prof. Rizzoli studiava le diverse forme dell'ernia *inguinale congenita:* egli faceva notare, approfittando del caso da lui osservato in donna quasi cinquantenne e che aveva partorito due volte, che: l'ernia dell'ovaja, sebbene congenita, può esistere senza che vi si associno contemporaneamente alterazioni nella struttura anatomica delle parti interne ed esterne della generazione. Nei casi poi di ernia strozzata dell'ovaja e della tuba, piuttosto che asportare l' ovaja stessa nell'erniotomia, come fece di recente anche il Coote in una giovane, che morì 4 giorni dopo essere stata operata, è meglio, quando la parte non sia profondamente alterata, lasciarla dov'è: anzi in quelle donne, che non hanno passato l' età critica, è anche meglio tentare di staccare diligentemente quegli attacchi della falda peritoneale, che riuniscono l'ovaja e la tuba alla superficie interna del canale inguinale e che possono impedire di ridurre l' una e l' altra entro il ventre. Infatti in una bambina di 4 anni, nella quale le ovaje erano discese e rimaste nel canale inguinale, il Rizzoli potè introdurre (forzate successivamente le interne aperture inguinali coll'estremità dell' indice) le ovaje stesse entro l' addomine e mantenervele per mezzo di adatto cinto (1).

Il Monteggia fu de' primi ad avvertire, che se le ernie del bellico escono nei bambini pel foro ombellicale ancora debole per la recente cicatrice, negli adulti quelle succedono invece quasi sempre per qualche vicina apertura. L'ernia ombellicale congenita può formarsi in tutti gli stadj della vita fetale, e si deve attribuire, qualunque ne sia la cagione remota, ad un vizio di struttura delle parti da cui essa sorge. Diversi casi di onfaloceli primitivi con uscita di quasi tutte le viscere e mancanza delle pareti addominali, sono registrati nel Cap. X° delle *Exercitationes pathologicae* del Palletta (2). Il fatto riferito dal Dott. Billi di ernia ombellicale congenita complicata da ano contro natura, sebbene non vi fosse alcun ostacolo meccanico alla discesa ed uscita del meconio lungo le vie naturali, è pregevole per diverse ragioni, sì per l' anatomia patologica, come per la medici-

---

(1) Trattamento chirurgico di alcune varietà d'ernia congenita inguinale tanto nel maschio, che nella femmina (Bullet. Scien. med. 1864 XXII 81).

(2) Altri casi sono riferiti dal Dott. Fenoglio, dal Dott. Da Camin ecc. negli Annali di Medicina (A. 1824 XXIV 157, A. 1825 XXXVI 127).

na legale (1). Singolare è la storia narrata dal Dott. Salzano di voluminoso onfalocele congenito in una neonata uscito non dall'ombellico, ma da preternaturale apertura del muscolo retto sinistro. Strozzatosi il tumore, fu sbrigliato e ridotto facendo la sutura attorcigliata, accostate le labbra del taglio e dell'apertura erniaria: le une e le altre tanto solidamente si congiunsero, che l'onfalocele mai più comparve (2). Io non so se questo caso sia fra i due, che il Giraldès cita come i soli ne' quali l'esonfalo infantile strangolato venne felicemente ridotto mediante la sbrigliatura (3); certo è che il chirurgo napoletano, non solo precorse di dieci anni il francese, ma ebbe innanzi e da provvedere faccenda ben più grave. Guarì pure la bambina del Malagò la quale nella regione ombellicale avea un foro del diametro di 2 pollici, donde largamente uscirono gl' intestini; e guarì in breve perfettamente mercè della cruentazione e dell'avvicinamento de' margini prima della metà inferiore, quindi della superiore del foro, siccome suol farsi nell'operazione del labbro leporino (4). L' operazione del Malagò venne censurata dal Cruveilhier; ma un altro chirurgo di Ferrara, il Dott. Eliodoro Guitti, ritentavala nuovamente in una bambina di 6 giorni, e con pari fortuna (5). Per altro l'autore è ben lontano dal raccomandare la sutura in tutti i casi d'ernia ombellicale congenita; ma in quelli soltanto nei quali la compressione non giova o non è sopportata, o ne' quali il foro ombellicale è molto ampio: anzi egli l'esclude affatto allorquando esistano aderenze dell' intestino protruso col sacco che lo racchiude. In ogni modo poi l' operazione non va impresa senza buone ragioni, dacchè v' hanno prove che l'esonfalo congenito può anche guarire spontaneamente, purchè esso

---

(1) Ivi 1861 CLXXVII 492.

(2) Filiatre Sebezio 1852 XLIII 3.

(3) « J'ai eu en 1862 un enfant affecté de cette maladie (exomphale), dont la poche herniaire était légérement étranglée. La peau étant à-peu-près saine, j' ai pu réduire les intestins aprés avoir debridé l'anneau. Cette réduction, a ma connaissance n'aurait été faite que deux fois (Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants. Paris 1868 p. 322) ». Il Debout pochi anni prima, nella dissertazione premiata dall'Accademia di Medicina del Belgio, scriveva non esservi esempio di guarigione di ernia ombellicale congenita irreducibile e neppur sapeva *qu'aucune tentative ait été faite, même dans les cas ou la rupture des parois s'est produite pendant l'accouchement* (Mém. des Concours et des Savants étrangers publiés par l'Acad. R. de Médec. de Belgique 1860 V 56).

(4) Bullet. Scien. med. 1843 III 285.

(5) Estratto delle Mem. dell'Accad. di Ferrara. Ferrara 1858 p. 49.

sia riducibile: anzi il primo esempio, che di tal avvenimento si abbia, è dato dal PANAROLI di Roma nell'osservazione prima della seconda sua *Pentecoste* intitolata « Enterocele omphalodis in matris utero orta (1) ».

Ma ben altrimenti succede se irreducibile siasi fatto il tumore: certa è la morte del bambino, se l'arte non provvegga (e fortuna è se così possa) senza interposizione di tempo.

La legatura dell'ernia ombellicale come mezzo radicale di cura era già stata dal MONTEGGIA caldamente raccomandata; sconsigliata invece dallo SCARPA, perchè non di rado pericolosa, e sempre insufficiente, senza l'ajuto della compressione, a produrre perfetta guarigione. Il Dott. BORELLI ha voluto ridare vita a questo metodo generalmente trascurato; mostrandone con alquanti fatti che più sono in esso i pregj che i difetti. Per altro ei medesimo pone alcune condizioni affinchè la legatura riesca utile ed applicabile: cioè che l'anello ombellicale non sia dilatato più di 3 centimetri, che i tegumenti aderiscano al medesimo od a poca distanza dalla sua circonferenza, che l'apertura sia fatta dall'anello stesso, e che l'ernia non sia congenita (2). Quindi conchiude, che nelle ernie piccole e nel primo anno della nascita la compressione è ottimo sussidio per la cura radicale dell'onfalocele; per contro nelle più voluminose se l'anello è dilatato da 1 a 3 centimetri la legatura è preferibile; assolutamente necessaria al disopra dei due o tre anni dalla nascita. Il miglior modo di praticare la legatura, secondo il BORELLI, consiste nello stringere con forte refe incerato a doppio nodo la base del tumore, ridotto prima il viscere; facendo poi una seconda legatura al di dietro della prima quando questa nei giorni susseguenti si allenti per cagione dell'avvizzimento degl'involucri dell'ernia (3).

---

(1) Jatrologismorum seu Medicinalium Observationum Pentecostae quinque etc. Romae 1652. — Sul protruso intestino venne posto un pezzo di rete calda di castrato, e dopo pochi giorni, *mirandum dictu, peritonaeum corruptum ungiforme, quoad duritiem decidit*, *sub quo orta caro cutis instar conspiciebatur, et nunc ista puella recte vivit.*

(2) Anche nella congenita crede l'autore applicabile la legatura, quando l'ernia sia voluminosa e riducibile.

(3) Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino 1851 XII 547. — Gaz. med. Stati Sardi A. 1852 n. 31-33, 1857 n. 9 e 33. — Raccolta di Oss. clin. patol. II 7, 146, 251. — *Rossi Qintiliano,* Nuova osserv. di ernia ombellicale risanata col metodo della legatura (Lo Sperimentale 1861 VII 300).

L' operazione per l' ernia ombellicale incarcerata negli adulti da lunga esperienza sappiamo essere quasi sempre, per diverse cagioni, mortale: onde che l' Huguier poco tempo fa giunse perfino a proporre di nulla fare, qualsiasi tentativo essendo più che utile pernicioso. Nondimeno l'operazione non è poi sempre tanto funesta: ai due casi felici dell' Uccelli e del Volpi registrati dal Monteggia, noi possiamo aggiungere questi altri del Rossi, del Buscaglia, del Portal, del Caire, del Calugi, del Cipriani (1); non che del Nannoni, Pacini, Callegari, Sani (2) etc. se vogliamo comprendere eziandio le ernie della linea alba e le circonvicine alla medesima. Le quali veramente alle ombellicali sono affini, perciocchè esse pure hanno spesse volte per causa una viziosa conformazione delle pareti addominali; ed anche perchè hanno in comune parecchi caratteri clinici, e quindi ancora precetti curativi. Alle ernie *ventrali laterali*, od ernie addominali appartengono veramente i casi preaccennati del Pellizo, e del Salzano; ma la denominazione di ernia ombellicale nella pratica non è poi tanto rigorosa da escludere quelle protrusioni intestinali che si fanno non propriamente dal bellico; ma da qualche spiraglio circonvicino, donde gli altri nomi di ernie *periombellicali* o *sopraombellicali*. Fra le ernie poi addominali anomale per rarissima dev'essere annoverata quella di cui il Prof. Venturoli dava nel 1834 la storia nei Commentarj nuovi dell' Istituto di Bologna, eccone la sostanza. Il paziente soffriva da molto tempo di ernia inguinale che discendeva nello scroto se non era contenuta con l' adatto riparo, ma l' intestino prese quell' insolita via fra i muscoli addominali e vi rimase strozzato, nel mentre che l' infermo deponeva l'alvo con molti

---

(1) *Rossi Martino*, Ernia ventr'ombellicale incarcerata (Repert. med. chir. di Piemonte 1828 p. 54). — *Buscaglia*, Osservaz. di ernie ombellicali (Ivi 1840 p. 542). — *Caire*, Caso di chelotomia ombellicale, felicemente eseguita in donna sessagenaria (Giorn. delle Scien. med. Torino 1843 XVIII 23), — *Portal Placido*, Ernia ombellicale strozzata guarita con l'operazione. In: *Ejusd.*, Sull'Ernie. Osserv. Napoli 1842. — *Calugi Filippo*, Di due operazioni di ernia incarcerata degli adulti eseguite con felice successo, Osservazioni del Dott. Federigo Ermanno Filippi (Gaz. Tosc. delle Scien. med. 1843 n. 11). — *Cipriani Emilio*, Storia di un caso di erniotomia ombellicale (Gaz. Tosc. delle Scien. med. 1846 p. 224).

(2) *Pacini L.*, Intorno ad un'ernia della linea alba, Storia e riflessioni (Bullet. Scien. med. 1834 IX 190). — *Sani Fr.*, Alcune operazioni di Chirurgia. Roma 1838 Osserv. III. — *Callegari Paolo*, Ernia mediana sopra ombellicale strozzata (Giorn. veneto delle Scien. med. Marzo 1851). — *Nannoni Angelo*, Ernia incarcerata sotto l'ombellico, coll'operazione del taglio guarita (Della semplicità del medicare ecc. p. 260).

premiti ed aveva stretto il cinto fortemente. L' intestino, discendendo lungo il margine interno del muscolo trasverso, nè potendo entrare nel canale inguinale compresso dal cinto, forzò le fibre dell' obliquo interno che discendono a formare il cremastere, le distrasse e fra loro si fece strada sotto l'obbliquo esterno sollevando la di lui aponeurosi. Tagliati i tegumenti per circa 3 pollici nella regione iliaca destra e quindi l'aponeurosi dell'obliquo esterno, fu scoperto l' intestino assai infiammato e tendente alla mortificazione, che appunto giaceva in una nicchia la cui parete superiore era formata dall'obliquo esterno e l' inferiore dall'obliquo interno. Lo strangolamento fu vinto incidendo cautamente alquante fibre dell'obbliquo interno; e l'operazione ebbe termine felicissimo (1). Il Velpeau, che pur era tra i più eruditi chirurghi, 6 anni dopo presentava all'Accademia di Medicina di Parigi qual *nuova specie di ernia*, una preparazione anatomica nella quale vedevasi l' intestino essersi avviato tra il muscolo retto ed il canale ombellicale, anzichè scendere per l' inguine (2). Rilevante è il fatto narrato dal Dott. Venturini di voluminose protrusioni intestinali succedute in tre punti lungo il lato destro della linea alba, subito che ingrossossi con sintomi di strozzamento l' ampia ernia scrotale, che da oltre vent'anni erasi formata da quella stessa parte: l' infelice morì senza che niun'operazione potesse farsi; ma l' esame interno del cadavere, che sarebbe stato instruttivo, non venne concesso (3).

Il Tabarrani trovava l' intestino ileo per circa 6 dita trasverse strozzato dentro un sacchetto del peritoneo, che tra gl' interstizj delle fibre carnee inferiori del muscolo trasverso ed obliquo interno del lato sinistro era penetrato (4). Al Regnoli capitò pure un caso d' ernia, che avea sembianza di essere *ventro-inguinale*; ma dopo molte indagini si conobbe che l' intestino era strozzato verso la linea alba, e sì profondamente, che appena il polpastrello del dito poteva arrivarvi. Lo strangolamento fu tolto, l' intestino essendo già per mezzo piede cangrenato; di più, quando esso venne squar-

---

(1) Ventralis hernia in regione iliaca enata cum strangulatione intestinorum inter musculos obliquos (Novi Comment. Instit. Bononiensis IV 1).

(2) Seduta dell' 8 Dicembre 1840.

(3) Gaz. med. Prov. Venete 1866 p. 208

(4) Atti dell' Accad. de' Fisio-critici di Siena III Append. p. 104.

ciato, si vide, nel punto corrispondente al collo del sacco erniario, un restringimento forte e circolare in guisa da fingere esattamente l'orifizio del piloro. Pur nondimeno l'infermo campò con l'ano contro natura (1). Il Monteggia poi, tagliando il cadavere d'una donna trovò lo stomaco ernioso sotto l'ombellico, e, per effetto della tensione, rotte le fibre medie ed interne de' muscoli retti sopra il tumore espanse (2).

(*Capo* 70.°)

DELL'ERNIA DEL CIECO — EPIPLOCELE RETTO-VAGINALE — CISTOCELE.

L'ernia ciecale ha rispetto alle altre alcune particolarità anatomiche (aderenza e mancanza di sacco), che fanno variare i procedimenti operativi, allora che essa rimanga incarcerata. Generalmente si teneva, e può dirsi che da moltissimi ancora si tenga, se guardiamo ai più recenti e riputati trattatisti, al Nélaton ad esempio; che quando è piccola l'ernia ciecale basti incidere l'anello inguinale per vedere rientrare, o fare rientrare facilmente l'intestino; ciò che non si potrebbe fare quando tutto l'intestino fosse calato nello scroto, in causa delle molte aderenze, che il medesimo contrae con l'interna superficie del cremastere. In tal caso lo Scarpa, che tanto ha illustrato questa specie di ernia, proponeva il solo sbrigliamento dell'anello affine di togliere la strozzatura, senza tentare la riposizione dell'intestino che giudicava impossibile. Il Prof. Rizzoli fin dal 1847 non istimò sufficiente questo metodo, nè credette impossibile la riduzione del cieco calato intieramente nello scroto. Se ne persuase sperimentando nei cadaveri, ne' quali trovava simile specie d'ernia. In un caso anzi egli potè ottenere felicemente la riduzione dell'ernia ciecale strozzata, benchè l'infermo fosse piuttosto vecchio, isolando colle debite cautele l'intestino dal cremastere, incidendo la lamina peritoneale, che co-

(1) Istoria e Riflessioni sopra un'operazione di Ernia. Memoria Pesaro 1831.

(2) Fasciculi patologici p. 98.

priva la faccia posteriore del cieco, e che pur aderiva al cremastere. L'operato non solamente fu salvo dal pericolo dello strozzamento, ma liberato eziandio di vecchia ernia giudicata irreducibile (1). Il Dott Rognetta in prima (2), e poscia il Dott. Asson (3) ebbero occasione di riconfermare, che veramente può liberarsi l'intestino cieco dalle sue aderenze e ridurlo, senza che perciò avvenga la temuta ripiegatura del cieco disciolto sul colon. Casi di ernie crurali formate da cotesta porzione d'intestino e felicemente operate, furono descritti dal Prof. Giuseppe Madruzza, e dal Dott. Domenico Peruzzi nel Raccoglitore medico di Fano (4). Ma è pur da notare che alcuna rara volta il cieco contenuto entro l'addome, anzichè trovarsi per la massima parte privo del peritoneo, ne è invece tutto all'intorno rivestito, ed avvolto in modo da formare posteriormente un meso-cieco: in allora se tale intestino si faccia ernioso, rimane, tanto che sia solo o con altri visceri, coperto intieramente da un sacco peritoneale, come nell'ernia volgare. Il Dott. Asson ed il Prof. Rizzoli ne danno un esempio, che a ciascuno di loro capitò di operare (5). L'ernia può essere formata dalla sola appendice del cieco, ed avere nulladimeno i sintomi, che accompagnano lo strozzamento di qualsiasi altra parte dell'intestino. Tali sintomi di fatti vide, meno il vomito, il Taramelli nella vecchia da lui felicemente operata e nella quale l'ernia inguinale era formata dalla sola appendice vermiforme del cieco, ingrossata nondimeno tanto da superare ben quattro volte il suo volume naturale (6). Niun caso consimile era stato sino allora notato dagli scrittori classici delle ernie: altri ne seguirono e recentemente ne descriveva uno il

---

(1) De methodo exequendi kelotomiam in coeci intestini hernia scrotali incarcerata (Novi Comment. Instit. Bonon. 1843 VI 503).

(2) Bullét. de Thérap. 1844.

(3) Gaz. med. Prov. Venete Padova 1859 I 245. — Il medesimo Dott. Asson narrava che in un'ernia dell'inguine, giudicata omentale, irreducibile, suppurata, ma senza sintomi di strozzamento, trovossi, insieme con un appendice epiploica, il prolungamento vermiforme del cieco aderente alle parti circonvicine (Giorn. Veneto delle Scien. Med. 1864 I 376).

(4) *Madruzza,* Intorno a due casi di erniotomia crurale destra (Raccoglit. med. di Fano A. 1853 VIII). — *Peruzzi,* Sopra un'ernia crurale destra incarcerata e formata dal cieco intestino, senza sacco del peritoneo (Ivi A. 1855 XI).

(5) *Asson,* Prospetto clinico di un biennio ecc. Venezia 1843. — *Rizzoli,* Collez. delle Mem. chirurg. II 29.

(6) An. un. di Med. 1835 LXXV 534.

Dott. Martino d'Avanzo (1). Il Civinini nell' Indice degli articoli del Museo d'Anatomia fisiologica e patologica dell'Università di Pisa registrava il caso d'ernia inguinale, che scendeva nel gran labbro sinistro, formata dal cieco e dalla sua appendice vermiforme (2).

Lo Scarpa illustrando l'ernia del perineo, mostrava che nella donna veramente questa specie di protrusione non si dà, salvo che non si voglia tenere per tale quella maniera di ernia che il Cooper chiamò *ernia del gran labbro, o pudenda.* Per altro anche nella femmina, osserva il Ranzi, succede un'ernia, la quale ha molta analogia con quella perineale dell'uomo; tale è il fatto narrato dal Petrunti. Era una donna, la quale avea ritenzione d'orina, doglie quasi di parto, vomiti frequenti, chiuso del tutto l'alvo. L'utero spinto in avanti come nella retroversione per effetto di un tumore bislungo, dolente teso e fluttuante, che dall'alto e dietro dell' utero scendeva fino alla metá della faccia posteriore della vagina. Inciso il tumore ne escì una sanie purulenta, e quindi certa porzione di omento cangrenata. Conobbe egli allora trattarsi di *ernia epiploica rettovaginale* cancrenata per cronico incarceramento (3). Dell'ernia vaginale propriamente detta scrisse il Palletta (4), e ne fece anche menzione il Monteggia. Vincenzo Malacarne con l'osservazione anatomica dichiarava il caso di ernia intestinale, che usciva dalla vulva dentro il sacco formato dalla vagina procidente in una giovane tuttora vergine (5). Dell'ernia ovarica *congenita* osservata dal Rizzoli dicemmo un po' più sopra; ora ricorderemo soltanto il caso veduto dal Dott. Casati, nel quale l'ovaja erniosa nella regione crurale era anche idropica. Fu punto il tumore per togliere lo strozzamento quindi injettata tintura di jodio nella cisti ovarica; la quale guarì indurendosi (6).

Cogliamo altresì quest'occasione per rammentare, che tra i primi a descrivere l'ernia congenita dell'ovaja fu Lorenzo Nannoni; il quale l'osservò nel 1782 tagliando una bambina di 14 in 15 mesi per alcuni suoi studj splancnologici: l'ovaja destra avea oltrepassato l'a-

---

(1) Archivio di Chir. prat. 1868 V 5.
(2) Indice ecc. Lucca 1842 p. 97.
(3) Filiatre Sebezio 1836 XI 214.
(4) Osserv. prat. di Chir. In: Mem. dell'Istituto Italiano 1806 I P. I p. 86 Oss. 3.ª
(5) Mem. della Soc. Ital. 1807 XII P. II 120.
(6) L'Ippocratico 1862 II 152

nello e trovavasi nell'inguine sottostante (1). Parimente il Dott. Pietro Monterossi, prima ancora di Pott, cioè nello stesso anno 1782, osservava in una donna morta nello Spedale di Verona, dov'egli insegnava anatomia, l'ernia completa d'un'ovaja (2).

Per il cistocele ricorderemo le osservazioni del Benevoli, fra le quali la XXV^{a} in cui è detto di ernia della vescica incarcerata riposta col taglio; e benchè in tale incarcerazione rimanesse perforata la vescica, con felicità nulladimeno il perforamento poscia saldossi. Per dimostrare quanto talora sia difficile formare una diagnosi di questa protrusione, valgano i casi pubblicati dal Menici di Pisa (3) e dal Biagini di Pistoja (4): splendido invece per il felice termine ch'ebbe l'operazione, è il caso narrato dal Dott. Medoro. L'ernia, già vecchia d'una cinquantina d'anni, formava un tumore, che giungeva alla metà delle coscie con sintomi di strozzamento. Il Medoro affine di giungere al tumore e ridurlo, spaccò longitudinalmente la vagina per cinque pollici circa e punse la vescica nella parte media, non potendo in altro modo svotarla della molta quantità d'orina che conteneva; agevole fu allora la riposizione di tutte le parti protruse. L'ampia incisione si chiuse, quantunque l'operata fosse sessagenaria, con sì robusta cicatrice, che ernia non più riapparve, continuando la donna a vivere senza verun incomodo per molti anni ancora (5).

Similmente il Prof. Rizzoli ottenne di poter contenere, mediante la susseguente cicatrice, voluminosi cistoceli estravulvari, servendosi quando della legatura, quando dell'escisione di porzione della vagina (6).

Sul cistocele vaginale scrisse a lungo il Rognetta nella *Revue médicale*, proponendo altresì un nuovo pessario per rimediare allo sconcio (7). A Gian Domenico Sala, morto Professore a Padova nel 1643, la chirurgia ha poi da essere grata, perciocchè egli diede la prima descrizione del cistocele, siccome leggiamo nelle Storie anatomiche di Bartolino, che del medesimo Sala fu discepolo ed amico (8).

---

(1) Trat. di Chir. Siena 1785 II 133 Oss. XC.
(2) *Brera*, Nuovi Comm. di Med. 1819 IV 5. — *Monteggia*, Istit. chir. Cap. X § 1343.
(3) An. un. di Med. 1820 XVI 301.
(4) Archiv. delle Scien. med. fis. Toscana 1837 I 641.
(5) Memor. della Medic. contempor. Venezia 1840 III 523, IV 692.
(6) Collezione di Mem. chir. II 358.
(7) A 1832 II 394, III 39, 166.
(8) Hist. anat. rarior. Cent. IV Hist. 28.

(Capo 71.°)

DELL' ERNIA DIAFRAMMATICA.

Dell' ernia diaframmatica non pochi esempj vennero pubblicati dai nostri medici e chirurghi: alquanti ne riferiva il Dott. Verardini in una dissertazione letta alla Società medico-chirurgica di Bologna. (1), dissertazione che può riguardarsi come il principio d' una monografia su questo soggetto, e della quale affatto eravamo privi; mentre che in Germania, in America, in Francia si hanno i lavori di Soemmering (2), di Autenrietth e Dreifus (3), di Würth (4), di Bowditch (5), di Duguet (6) ecc. importanti per copia di notizie, per ampiezza di ragguagli statistici, per moltiplicità di considerazioni anatomiche e patologiche. Il Verardini ha voluto principalmente mostrare erronea essere l' idea in molti invalsa che l' ernia frenica sia per sè medesima mortale, ovvero induca tali disordini organici da non permettere se non breve vita in coloro, che vi soggiacquero: ma avvenendo lo strozzamento egli consiglia la *gastrotomia*, operazione a cui avrebbe pure ricorso il Monteggia, se *minore oscurità* avesse involta questa e le altre ernie interne (7); e che poscia il Bignardi raccomandava suffragato dal voto dello stesso Palletta (8). La desi-

---

(1) Bullet. Scien. med. 1866 I 81, 1868 VI 194, e quindi con aggiunte nel Giorn. med. di Roma 1870 VI 610 e seg.

(2) Ueber die Ursache, Erkenntniss und Behandlung der Brüche am Bauche und Becken Frankfurt am Main 1811.

(3) Abhandlung über die Brüche des Zwerchfells. Tübingen 1829.

(4) Ueber Zwerchfells-Bruch. Inaugural-Abhandlung. Würzburg 1847.

(5) A Treatise on Diaphragmatis Hernia. In: Charlestown medical Journal and Review. 1855.

(6) De la hernie diafragmatique congénitale. Paris 1866.

(7) Istit. Chir. Cap. X § 1206.

(8) Giambattista Palletta scriveva al Prof. Bignardi, in proposito dell' opuscolo sull' ernia diafragmatica del medesimo, : *la descrizione è esattissima, e dal modo con cui si presentò* (l'ernia suddetta) *aggiungo la mia opinione alla sua, che si poteva benissimo intraprendere al tempo debito l' operazione* (Nuovo Giorn. dei Letter. di Pisa 1828 XVI 152)». Il Bignardi poi soggiunge d'aver proposto fin dal 1809 in un caso di ernia incarcerata del foro ovale destro in una donna, non protuberante all' esterno, l' operazione, che per altro non venne accettata dai consulenti: la necroscopia confermò la diagnosi (Ivi p. 153).

derata luce si è forse fatta tanto che basti per accingersi alla grave operazione? Certamente che oggi, meglio che per lo passato, può conoscersi l'intrusione de' visceri addominali dentro il petto; ma molti accidenti e complicazioni possono rendere dubbia ed oscura cotesta diagnosi: oltre che lo strangolamento può essere in tale luogo e di tale specie da non bastare neppure l'apertura del ventre per raggiungerlo, e distrigarlo. Difatti lo stesso Verardini narra il caso assai rilevante di ernia frenica in cui non si ebbero i segni fisici della presenza delle intestina nella cavità del petto, perciocchè quelle rimanevano internate e nascoste tra i lobi del polmone sinistro. Con l'ajuto poi de' preparati, che si conservano nel ricco museo d'Anatomia comparata di Bologna fondato dall'Alessandrini, il medesimo Autore dimostrava che anche nei bruti succedono le varietà di ernia del diaframma, che a quando a quando nell'uomo si osservano, e per cagioni somigliantissime, anzi talvolta identiche. Confermava altresì con le proprie osservazioni quello che il Monteggia ed altri hanno asserito, cioè che coteste ernie accadono più spesso a sinistra, a destra facendo maggior riparo il fegato.

Questa prevalenza dell'ernia, di cui ora è discorso, nel lato sinistro non è soltanto nei casi ne' quali le parti contenute nell'addomine si sospingono dentro il petto, posciachè il diaframma soffre ferita o lacerazione; bensì anche negli altri in cui l'intrusione succede ne' primi tempi della vita, quando gli organi si stanno formando, ed il fegato posto davanti, come a cavalcioni della colonna vertebrale, non può proteggere l'una parte del diaframma più dell'altra. Secondo il Duguet ciò avverrebbe perchè *il fondo cieco dello stomaco, date certe condizioni, impedisce, poggiando sopra il diaframma di dietro al fegato, che questo muscolo perfettamente si formi:* per altro il medesimo Duguet soggiunge che la preponderanza dell'ernia congenita a sinistra non è tanta, quanto per lo passato credevasi. Ma è sempre possibile distinguere le ernie diaframmatiche a cagione di vizio primitivo, dall'altre che conseguono a qualche accidente? L'essere o no provvedute di sacco non è sufficiente ragione per separare le une dalle altre, siccome anche al Vrolik parve di recente poter asserire (1): il Vannoni in fatti trovava ernie congenite con sacco ed al-

(1) Tabulae ad illustrandam Embryogenesin hominis et animalium. Amstelodami et Lipsiæ 1854. Tab. LXIX.

tre senza (1); e quando pure cotesto involucro mancasse, il vizio dovrebbe ognora dirsi ernia, comunque diversamente paja al Richter ed al Bignardi, giacchè, avverte il professore fiorentino, carattere precipuo dell'ernia è *il traslocamento dei visceri sani dalla loro sede naturale*. Ma di mezzo alle ernie congenite propriamente dette ed alle traumatiche si pone una terza specie, nella quale l'ernia è *graduale*, cioè poco a poco si forma spingendosi dentro una piccola perforazione originaria, od una radatura del setto addominale, ovvero anche per entro un naturale orifizio del setto medesimo, che poco a poco siasi allargato. D'altra parte alcuno di tali orifizj può essere più ampio del giusto, siccome Morgagni vide per quelli entro cui passano l'esofago e la cava (2), ed il diaframma può avere pertugj anomali (3) senza che ernia succeda dal ventre nel petto; pertanto è da dire che in questi, del pari che in tanti altri casi, l'effetto non si compia, se alle cause predisponenti non s'aggiunga lo sforzo più o meno poderoso delle cause occasionali. Forse la maggior parte delle ernie, che si hanno per congenite negli adulti, sono piuttosto ernie graduali (4): ed il sospetto appare tanto più ragionevole, poscia che l'intromissione dei visceri addominali nel petto è spessissimo accompagnata da altre gravi anomalie. (5). Così essendo, ben vedesi come molte volte, tenendo anche conto di tutti i caratteri anatomici, riescir possa difficile la distinzione delle predette due specie di ernie connate ed acquisite, e quanto ancora malagevole sia misurare la parte che nel produrre le ernie graduali ebbero le disposizioni congenite, e gli accidenti diversi che vanno compresi sotto la denominazione di cause occasionali.

---

(1) Studj clinici sull'ernia diaframmatica (Gaz. med. Toscana 1852 p. 273). Lavoro rimasto incompiuto.

(2) De sed. et. caus. Epist. XXXVII n. 30, LIV n. 37.

(3) Ivi LXIV n. 2, LXVII n. 14, LXX n. 10.

(4) Il Prof. Del Giudice esponendo un caso di ernia diaframmatica (Prospetto B n. 3), distingueva appunto tali intrusioni in tre specie: per *vizio congenito*, per *ferita*, per *divaricamento delle fibre* anche della parte tendinea, giacchè questa non è sì robusta come generalmente dagli anatomici è creduto (Ann. clin. dello Spedale degl'Incurabili Dicemb. 1842).

(5) Con l'ernia diaframmatica stava l'encefalocele in uno dei tre casi veduti dal Vannoni, e così pure nell'altro indicato dal Civinini nel Catalogo del Museo patologico di Pisa (Lucca 1842 p. 63). Molteplici erano le mostruosita nel feto descritto dal Dott. Andrea Augusto Spessa, e tra queste la mancanza del setto trasverso (Mem. Soc. Med. Chir. di Bologna 1838 I 117).

In ogni modo gioverà d' avere qui indicati in forma di prospetto i casi di *ernia diaframmatica* osservati da autori italiani, notando de' casi medesimi le cose più rilevanti; per quanto almeno potrà farsi con le storie lasciate, non tutte essendo bastevolmente ampie, nè quanto sarebbe necessario esatte (1). Di alcune anzi non verrà tenuto conto perchè oltremodo insufficienti ne sono le notizie (2): similmente, perchè troppo scarso n'è il numero non potranno essere le ernie proprio *congenite* raggruppate in particolare tabella (3).

---

(1) I casi accennati dal Dott. Verardini nel primo suo lavoro sono distinti con * prefisso al nome dell' autore dell' osservazione.

(2) Tali sono quelle ricordate dal Verardini (Bullet. Scien. med. 1866 I 95) e dal Dott. Gentilini (Note alla Trad. dell' Anat. patol. di Baillie. Pavia 1807 p. 99).

(3) Il Vannoni, che aveva impreso a trattare con certa larghezza dell' ernia diaframmatica congenita, e ne avea veduti tre casi, appena cominciato lasciò interrotto il lavoro, siccome più sopra fu avvertito.

PROSPETTI

ERNIE DIAFRAMMATIC[illegible]
FU L'INGIURIA O VIOLENZA, C[illegible]

N.	AUTORE	SESSO	ETÀ	PROFESSIONE	QUALITÀ DELLA VIOLENZA	SUCCESSIONI DELLA MEDESIMA	Ten sopi viss
1	* ALESSANDRINI ANT.	U.	. .	Sensale da cambio.	Ferita nella parte inferiore ed anteriore del sinistro ipocondrio: penetrante nel petto.	Rimarginata - qualche difficoltà nel respiro.	15 a
2	* BATTALIA.	U.	29	Commerciante da vino.	Colpo di sciabola nel lato destro.	Ferita rimarginata - buona salute.	[illegible]
3	* BRUGNOLI GIO.	U.	. .	. . . .	Tre colpi di coltello dal basso all' alto nell' epigastrio penetranti in cavità.	Ferite rimarginate: sintomi diversi di turbate funzioni digerenti ecc. Diagnosi di ernia diaframmatica, cicatrice.	. .
4	* CAVARA ANTONIO.	U.	32	. . . .	Ferita nel petto.	Abituale e molesta tosse.	qualc temp
5	COLASANTI GIUS.	U.	45	Stagnajo.	Caduta dall' alto: frattura di due costole, ferita del polmone, commozione addominale.	. . . .	1 gior
6	COSTANTINI GIUS.	U.	. .	. . . .	Ferita del diaframma.	Buona salute.	12 an
7	FANTONI G. B.	U.	. .	. . . .	Ferita nell' epigastrio.	Cicatrizzata: dolori frequenti di ventre.	1 anr
8	* FERRARIO ERCOLE e CUSTODI CARLO.	U.	20	Carrettiere.	Coltellata nel dorso tra la 7ª ed 8ª costola sinistra.	Chiusa la ferita: per parecchi mesi malessere, vomito, respirazione difficile, impossibile il decubito sul lato destro. Miglioramento.	9 me
9	* FERRARIO ERCOLE e KROUCH.	U.	55	. . . .	Caduta dall' alto.	. . . .	20 gio ni

LLE QUALI MANIFESTA
RÌ O LACERÒ IL SETTO TRASVERSO.

LATTIA ULTIMA	STATO DEL DIAFRAMMA	Lato del petto	PARTI INTRUSE	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
o il pranzo improv- e fiero dolore all' strio, conati di vo- difficoltà di respiro, tumido il ventre ecc. in 13 ore.	Angusta apertura distante dal foro esofageo 50 millimetri.	s.	Stomaco, colon trasverso con porzione di tenui: duodeno e colon strozzati.	Bullet. Scien. med. 1868 I 96 (Inedito).
o lunga crapula sin- improvvisi di ernia ata. Morte in 48 ore.	Foro ovale col maggior diam. di 3 pol. e ½ con margini duri, e irregolari: trasversale un pò più sopra e a destra dell'apertura esofagea, lunga fino al centro tendineo esso pure un poco lacerato.	d.	Stomaco coperto dall' omento, colon trasverso, incarcerati ed infiammati.	Giorn. delle Scien. med. Torino A. 1845. Ann. un. Med. 1845 CXVI 414.
. . . .	Foro *circa* nel mezzo.	s.	Quasi tutto il duodeno: *necrosi*.	Bullet. Scien. med. 1866 I 100 (Inedito).
a gravissima.	. . . .	. .	Molta parte del colon trasverso, porzione del discendente: infiammati e gangrenati.	Ivi 1841 XI 258.
. . . .	Assottigliato nel centro tendineo e nell'espansione muscolare; lacerazione dall'inserzione costale sinistra fin dove poggia il pericardio.	s.	Grand'arco dello stomaco ed omento gastro--splenico.	*Verardini*, Op. c. II ediz. p. 46.
te per altra malat-	. . . .	s.	Stomaco, estremità dell'esofago, parte del colon trasverso, digiuno.	*Costantini*, Saggio di Clin. chir. Roma 1855 p. 116.
ito ostinato, fieri i ecc.	Rottura nel foro esofageo.	s.	Stomaco con porzione di omento: intestini infiammati; cistifellea piena d'umore nero.	*Fantoni*, Obser. anat. med. Venet. 1713. Obser. XXIII p. 64.
o abbondante pasto. e *improvvisa*.	Foro ovale nell' espansione aponeurotica a sinistra, largo più di 2 pol. con orlo uguale e liscio.	s.	Stomaco, colon, omento compressi e strozzati.	An. un. Med. 1850 CXXXV 431.
iti, dispnea ecc.	Foro ellittico, col diametro maggiore di 3 pol. e ½, a sinistra posteriormente ed all'esterno.	s.	Stomaco, grande omento, angolo del colon trasverso discendente, milza. I visceri *erniosi sani*.	Ivi p. 433.

N.	AUTORE	Sesso	Età	Professione	QUALITÀ DELLA VIOLENZA	SUCCESSIONI DELLA MEDESIMA	Te sop viss
10	* Lombroso Ces.	U.	25	Bersagliere.	Coltellata tra la 6^a e 7^a costola del lato sinistro.	Saldata la ferita: buona salute continuando la vita del soldato.	5 m
11	* Marzolo e Sala.	U.	32	Contadino.	Palla di fucile entrata fra la 4^a e 5^a costola spuria sinistra, uscita sotto la punta del margine inferiore della scapula destra.	Guarigione e salute perfetta.	8
12	Monteggia G. B.	U.	. .	. . . .	Caduto sotto le ruote d' un carro.	Petto schiacciato: morte subitanea.	. . .
13	Monteggia G. B.	U.	. .	. . . .	Ferita di coltello sotto la mammella sinistra fra l' ultima costola vera e la prima spuria.	Parte d' omento uscita e quindi cangrenata: miglioramento.	3
14	Morgagni G. B.	U.	25	. . . .	Due ferite nella base del torace a sinistra e nell' ipocondrio sinistro.	. . . .	13
15	* Pacini Luigi.	U.	33	Vetturino.	Caduta da cavallo battendo il ventre contro il suolo.	Peritonite: stette in pericolo di vita, e poi ricuperò la salute in modo da continuare il mestiere.	10
16	Regnoli Girolamo.	U.	. .	Contadino.	Caduto supino, ebbe percosso il ventre dal tronco d'un albero che ei stava abbattendo.	Sensazione all'istante di qualche cosa introdottasi nel torace.	Al a
17	Romanelli.	U.	29	Soldato.	Ferita nell' ipocondrio sinistro.	Guarigione: continuò a stare nella milizia.	2
18	Ruggieri Cesare.	U.	. .	. . . .	Larga ferita nella parte anteriore sinistra del petto fra la 4^a e 5^a costola vera.	. . . .	p
19	Ruggieri Cesare.	U.	. .	. . . .	Ferita nel lato sinistro del petto tra la 4^a e 5^a costola vera.	. . . .	p

...LATTIA ULTIMA	STATO DEL DIAFRAMMA	Lato del petto	PARTI INTRUSE	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
...endo ubbriaco, im-...vviso dolore nel co-..., respiro affannoso, ...ito ecc. Morte il 6° ...no.	Foro ellittico, lungo 2 cent. e largo 9 millim., a sinistra anteriormente tra il margine costale e il centro tendineo.	s.	Ansa del colon trasverso, gangrenata con una briglia del grande omento.	Gior. Med. Mil. 18.. n. 4.
...ori colici, dejezioni ...e dolorose, dolori ...petto: ventre stittico, ...eorismo, molestia at-...o l'ombellico, vomi-...c. Morte nel 10° gior-...	Pertugio nella metà posteriore a sinistra.	s.	Colon trasverso, con appendice omentale: colon discendente ulcerato, gangrenato.	Bull. Scien. Med. 1866 I 90 (Inedito).
. . . .	Ampia lacerazione.	s.	Stomaco, quasi tutto l' omento, colon trasverso ed alquante spanne del digiuno.	*Monteggia*. Fasciculi pathologici. Mediolani 1789 p. 99.
...piema, lucoflemma-...	Foro nella parte anteriore e sinistra.	s.	Porzione d' omento.	Ivi p. 100.
. . . .	Ferita a sinistra.	s.	Stomaco ferito, e porzione d' omento.	*Morgagni*. De sedib. et caus Epist. LIV n. 10.
...rte per consunzione: ... vomito.	Apertura a sinistra con margini lisci, larga 4 pollici.	s.	Colon trasverso e 3 volute del digiuno: dietro il colon lo stomaco con la grande curvatura in alto, aderente alla base del polmone sinistro.	Gaz. Tosc. Scien. Med. Fis. A. 1843 p. 67.
. . . .	Rottura.	. .	Stomaco, pancreas, porzione d'intestini tenui.	*Ranzi*. Lez. di Patol. Chir. Firenze 1863 III 411.
...ori improvvisi, sma-... ed altri sintomi d' ...rceramento interno. ...te dopo 38 ore.	Foro a sinistra nella parte carnosa fra l' ipocondrio e l' orifizio esofageo.	s.	Colon trasverso aderente ai margini dell' apertura del diaframma, largo pezzo di omento pure aderente.	Il Morgagni 1865 VII 421.
. . . .	Ferita a sinistra: pericardio tagliato.	s.	Quasi tutto l' omento.	Dizion. di Chir. Padova 1810 II 158.
. . . .	Ferita a sinistra.	s.	La maggior parte dell' omento.	Ivi.

N.	AUTORE	SESSO	ETÀ	PROFESSIONE	QUALITÀ DELLA VIOLENZA	SUCCESSIONI DELLA MEDESIMA	Tem sopr vissu
20	* SAMBALINO ENRICO.	U.	. .	Soldato Artigliere.	Ferita di coltello nel costato sinistro.	Cicatrizzata: frequenti disturbi gastrici.	2 an
21	TOPAI FRANCESCO.	U.	24	Stalliere.	Ferita tra l' 8ª e 9ª costola sinistra.	Colon trasverso e porzione dell' omento protrusi dalla ferita: riposizione delle parti fuoriuscite oltre l' apertura del diaframma!	. .
22	* VERARDINI FERDINANDO.	U.	. .	Calzolajo.	Ferita penetrante nel margine anteriore delle ultime costole spurie.	Guarigione; buona salute.	19 a
23	* VERARDINI FERDINANDO.	U.	40	Canepino.	Ferita nella regione epicolica sinistra.	Cicatrice: buona salute.	8 a
24	* ZANNINI PAOLO.	U.	68	. . . .	Ferita di pugnale nella parte anteriore inferiore e sinistra del petto.	Guarigione senza verun incomodo.	22 a

[MA]LATTIA ULTIMA	STATO DEL DIAFRAMMA	Lato del petto	PARTI INTRUSE	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
[...]ati di vomito, amba-[...] ecc. Morte nel 5 [...]no.	Foro quasi ellittico, largo come un 5 franchi circa, a sinistra e lontano 6-7 centim. dalla 10ª costola.	s.	Quasi tutto lo stomaco ed omento libero: piccola porzione di colon trasverso aderente dinanzi allo stomaco.	Giorn. Med. milit. A. 1863 p. 938
[...]rigione senza inco-[...].	. . . .	.	. . . .	*Verardini*. 2ª ediz. p. 48 (Inedito).
[...]nsi dolori colici con [...] di stenosi intestina-[...] [M]orte dopo 7 giorni.	Foro nel mezzo.	s.	Digiuno e colon trasverso strozzati.	Bull. Scienz. Med. 1866 I 102.
[...]ri nella regione epi-[...] e quindi a tutto [...]ntre: vomito, asso-[...]stitichezza, meteori-[...] ansia ecc. Gastroto-[...]fatta dal Prof. Riz-[...]nella regione epico-[...]sinistra: ristabilito il [...] delle feccie. Mor-[...]di enteroperitonite [...] 2 giorni.	Foro nella porzione costale sinistra sotto la linea mammaria.	s.	Colon trasverso, e parte del digiuno liberi.	Ivi 1868 VI 200.
[...]rovviso e fiero do-[...] nel petto sotto la [...]mella sinistra, vomi-[...]spiro affannoso ecc. [...] in 10 ore.	Foro ellittico con diametro di oltre mezzo pollice, quasi nel centro della metà sinistra con margini lisci.	s.	Porzione del colon trasverso e la massima parte dell' omento maggiore, inflammati: un lembo dell' omento attaccato al foro del diaframma.	*Zannini*, trad. dell' Anat. Patol. di Baillie. I 397.

ERNIE DIAFRAMMATICHE NELLE QUALI [...] SUFFICIENTE PER PRODURRE, S[...]

N.	AUTORE	SESSO	ETÀ	PROFESSIONE	ANAMNESI
1	BIGNARDI DOMENICO	U.	60	Rivenditore.	Caduta sul fianco *sinistro* da una panca [...] tr' anni prima: quindi frequenti cardialgie [...] see e vomiturazioni: beone.
2	CINISELLI LUIGI	D.	45	. . . .	. . . .
3	DEL-GIUDICE FRANC.	U.	37	Facchino.	Buonissima salute: niun' altra malattia [...] cuni catarri bronchiali accompagnati da d[...] precordj.
4	DA-VENEZIA PIETRO.	U.	54	Barcajuolo.	Niun disturbo delle funzioni digerenti: [...] salute.
5	FANTOZZI CAMILLO.	U.	15	. . . .	Costituzione debole, torace deforme, respi[...] ficile, vomito frequente dopo il pasto. Que[...] tomi sempre più andarono crescendo. Dol[...] tuso, profondo e continuo nel petto, dov[...] l' infermo avvertiva gorgoglio d' aria com[...] borigmo.
6	* FORLIVESI GIOVANNI.	U.	42	Contadino.	Buona salute: più svilupata la parete [...] del torace ed alcun poco sporgente.

...ARE SIA STATA INGIURIA O VIOLENZA ...RO, ROTTURA DEL SETTO TRASVERSO.

...ATTIA ULTIMA ESITO	STATO DEL DIAFRAMMA	Lato del Petto	PARTI INTRUSE	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
...e, vomito, sete ar... ...erbo dolore al pet... ...ll'epigastrio, affan... ...espiro. Morte do... ...orni.	Apertura al lato destro della apofisi xifoide dove l'arteria mammaria interna passa nel ventre. Anche nel lato sinistro dell' apofisi suddetta una fessura anomala lunga un pollice circa e larga una linea, coperta dal peritoneo ed occupata da adipe.	d.	Ansa del colon, omento gastro-colico, appendici epiploiche, legamento rotondo del fegato con *sacco erniario.*	*Bignardi*, sull' Ernia diaframmatica. Modena 1827.
. . . .	Varie aperture nella metà sinistra *risultanti da smagliamento delle fibre prodotto da processo di ulcerazione:* per la più ampia presso l'esofago si fece l'ernia.	s.	Fondo cieco dello stomaco, che strozzato e cangrenato si ruppe versando le materie in esso contenute dentro la pleura.	*Ciniselli* Relazione sopra il Gabinetto Anat Patol. dell'Osped. Mag. di Cremona pag. 59 — In Ann. un. Med. 1869 CCIX.
... colici, ostinatissi... ...ichezza. Morte do... ...giorni.	Apertura nel centro tendineo a sinistra senza lacerazione o segno di ulceroso processo.	s.	Porzione d'epiploon e di colon.	Filiatre Sebezio 1850 XXXIX 97.
...pneumonite destra, ...itterico: nelle ul... ...e grande agitazio... ...anosi.	Fessura ellittica nel centro tendineo verso sinistra con margini rossi e lisci: diametro maggiore 135 millimetri.	s.	Stomaco, 6 metri di anse intestinali senza aderenze agli orli del foro. *N. B.* L'autore ritiene che l'intrusione sia avvenuta nelle ultime ore della vita, benchè la fessura fosse congenita e *forse l'apertura ordinaria dell' esofago enormemente dilatata.*	Giorn. Veneto Scien. Med. 1864 I 337.
... rapida corsa, sen... ...ffocazione, sangue ...occa e dal naso. ...ppresso morte.	Apertura nella parte posteriore sinistra quasi ellittica, trasversale lunga più di 2 pollici: la metà sinistra più sottile della destra; al didietro dell' accidentale apertura le fibre muscolari divaricate e coperte soltanto dal peritoneo.	s.	Stomaco, colon trasverso e grande omento.	*Fantozzi*. Storia d' un ernia diaframmatica, Firenze 1850 (Compendiata) in: *Landi*. Gli Spedali e gli Ospizj di Parigi e di Londra. Firenze 1853, pag. 337.
...to continuo, scarse ...ni alvine, dolore ...nte all' epigastrio ...one del ventre. Do... ...iorni morte.	Convesso in basso nel lato sinistro: foro del diametro di un pollice e mezzo nella porzione tendinea anteriore sinistra.	s.	Stomaco infiammato, omento, milza, duodeno e gli altri tenui con il colon ascendente.	Bullett. Scienz. Med. 1842 II 11.

N.	AUTORE	SESSO	ETÀ	PROFESSIONE	ANAMNESI
7	LA RUSSA TOMMASO.	U.	27	Carbonajo.	Dolori nella regione epigastrica più e m ti fin dall' infanzia.
8	LEPROTTI ANTONIO.	U.	Decrepita	Contadino.	. . . .
9	PELLIZZARI GIORGIO.	U.	. .	. . . .	Robusto, buona salute: quindi maniaco.
10	RICA CARLO.	U.	. .	. . . .	. . . .
11	ROSSI QUINTILIANO.	U.	18	Barcajuolo.	Buona salute: soltanto dopo i lavori più e dopo abbondante pasto affannoso il resp senso di soffocazione che presto cessava.
12	* VERARDINI FERDIN.	U.	. .	. . . .	Niun sintoma di ernia diaframmatica.
13	VERGA ANDREA.	U.	. .	Contadino.	Sempre sano e robusto: 8 anni prima li duta con contusione della spalla e del cubito

...TTIA ULTIMA ESITO	STATO DEL DIAFRAMMA	Lato del petto	PARTI INTRUSE	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
... giorni chiuso il ... dolori estesi al ...bbre, vomito, do... ...issimi collici, vo... ...eale, meteorismo ...n 13ª giornata.	Apertura a sinistra nella *parte frenica*, larga tanto da passarvi un' uovo di gallina, con margini lisci tendinei intorno a cui giravano le fibre muscolari.	s.	Colon trasverso cangrenato *involto nel peritoneo* aderente in certi punti ai margini del foro.	Giorn. Patol Med.Chir. Palermo 1830 pag 28.
... *ex manifesta in... ...variam laesione*	Foro nella parte media anteriore del diametro di 2 pollici, senza indizio di malattia o di violenza.	. .	Colon per una spanna.	*Morgagni*, De Sedib. et Caus. Epist. LIV n. 11
... furioso: ripetuti ...ti sforzi di vomito. ...dopo 2 giorni.	Apertura nella parte anteriore del centro frenico fra la foglia sinistra e la media, circondata da anello fibroso: la metà sinistra più sottile della destra; verso la periferia lacune piene di tessuto connettivo.	s.	Colon trasverso vestito da ogni parte dal grande omento con sottili briglie aderenti al diaframma. *N. B.* L'autore crede che l'ernia fosse bensì antica, ma puramente omentale; e che soltanto negli ultimi giorni penetrasse nel petto l'ansa intestinale, la quale poi strozzavasi.	*Landi*, Gli Spedali e gli ospizi di Parigi, e di Londra. Firenze 1853 pag. 339.
... pressochè repen...	Grande squarciatura nella parte sinistra *ibi potissimum quo intercostalis nervus ad imi ventris viscera abiit.*	s.	Colon, pancreas, la maggior parte dell' epiploon: rottura della vena pancreatica, sangue effuso nella cavità sinistra del petto.	*Richa*, Morbor. vulgarium Historia. Anni 1721. Taurini 1722 § III pag. 7.
...erite di coltello. ...dopo 20 ore.	Apertura rotonda con margini fibrosi nel centro della metà sinistra. *N. B.* Delle tre ferite una sola, era penetrante nel petto sotto l'angolo inferiore della scapola sinistra.	s.	Stomaco con porzione di duodeno e milza.	Gaz. Med. Stati Sardi A. 1854 pag. 381.
... Quest' alterazione ...ata *a caso* nel ca...	Apertura larga una mano nella parte media superiore del diaframma.	s.	Stomaco intero, parte del colon trasverso e di omento, grande ansa del tenue *con sacco*.	Bullett. Scienz. Med. 1868 1 95.
...onite destra. Mor...	A sinistra la parte tendinea mancante, e in certo modo retratta per dar luogo ad un' apertura quasi rotonda, limitata da una specie di cingolo fibroso liscio del diametro di circa 3 pollici.	s.	Stomaco, grande omento con porzione del colon trasverso e discendente, due piedi circa d' intestino tenue; la milza per un pollice. Il grande omento aderiva saldamente al cingolo predetto.	*Verga*, Rendic. della Benefic. del Osped. Mag. di Milano. Milano 1865. pag. 114.

Non è qui luogo di porre speciali considerazioni intorno l'ernia diaframmatica; nondimeno, poichè cotesti prospetti furono messi insieme, mi piace altresì di far notare le seguenti cose — I. De' 37 casi ivi riuniti uno solo spetta al minor sesso. — II. Quasi doppio è il numero delle ernie a cui precedette ferita o violenta rottura del diaframma, dell'altre nelle quali il trapasso de' visceri dall'addomine nel petto fecesi prima della nascita, ovvero dopo a poco a poco: tra le cagioni violente prevalgono i ferimenti (19) soprattutto con arma tagliente. Una volta soltanto nel Prospetto B. appare il setto trasverso rotto per effetto di progressivo ulceramento. — III. L'ernia diaframmatica non toglie ognora subitamente, nè in breve tempo la vita: questa continuò 15, 19 e 22 anni ancora con buona salute, o con lievissimi incomodi (Caso 1, 22 e 24 Prosp. A.). Decrepito era l'uomo del Leprotti. — IV. La morte talvolta non è conseguenza dell'ernia, ma di altra e diversa cagione, siccome ne' casi 4, 8, 12, 13 del Prospetto B.: non pertanto ciò più di rado succede nell'ernie diaframmatiche accidentali e violente, giacchè nelle sopra noverate, infuori di 3 casi (6, 13, 15) la morte avvenne come conseguenza immediata dell'offesa, o per effetto delle alterazioni cui successivamente soggiacquero le parti erniose. — V. Nella pluralità de' casi l'ultima e letale malattia porge in complesso i sintomi proprj dell'occlusione e dello strozzamento intestinale: un'esame più accurato, una più acuta osservazione, potrà nondimeno, se non sempre, assai volte trarre gli elementi necessarj per la precisa diagnosi (Vedi N. 3 Prosp. A.) — VI. L'apertura formatasi accidentalmente o per vizio congenito nel diaframma due volte soltanto in 37 trovossi a destra: una nel mezzo. E poichè questa si riferisce al caso 8 del Prospetto B., verrebbe quindi contraddetta la sentenza del Duguet che l'ernia congenita del diaframma ha sede costante nella parte posteriore di ciascuna metà del diaframma medesimo. D'altronde nello stesso Quadro troviamo altri casi (1, 6, 9) ne' quali l' apertura era nella parte anteriore del setto trasverso. Neppur è vero, se guardasi al fatto del Rica, che l'ernia non possa farsi per dove passa il nervo intercostale. — VII. Tre volte soltanto l'ernia era fornita di sacco, e cioè nei casi 1, 7 e 12 del Prospetto B. — VIII. Nell'osservazione 16 del Prospetto A. e 10 del B. trà le parti intruse era, cosa non comune, il pancreas. La seconda delle predette osservazioni è singolare altresì a motivo della rottura della vena pancreatica.

(*Capo 72.°*)

OSSERVAZIONI ANATOMO-PATOLOGICHE CIRCA LE ERNIE, E DI ALCUNI ACCIDENTI CHE ALLE MEDESIME SI AGGIUNGONO.

Nelle ernie le investigazioni patologiche sono così necessarie per interpretare i sintomi, statuire la diagnosi e regolare la pratica operativa, che quasi sempre vediamo lo studio dell' anatomia unito alle considerazioni cliniche. Nondimeno il Morgagni nelle sue *Epistole* (1), il Monteggia ne' suoi Fascicoli (2), ed anche il Palletta prima nell' opuscolo sul *gubernaculum testis* quindi nelle *Esercitazioni* (3), diedero semplicemente un saggio illustrativo dell' anatomia patologica delle ernie. Su tale argomento, e sopra altri affini, noi potremmo citare non poche osservazioni assai singolari. Gaetano Tacconi descrisse una voluminosa ernia scrotale complicata con idrocele nella quale il colon era disceso per 16 pollici, e per certo tratto coperto di nuovo muscolare tessuto, mentre che uno de' naturali legamenti era consumato (4): Alessandro Brambilla fece la storia di subitanea rottura del mesocolon, a traverso la quale l' intestino ileo passava per la lunghezza circa d' un braccio rimanendovi strozzato (5): il maggiore dei Caldani, sotto il nome di Dorilao, raccontava d' aver trovato in una vecchia settuagenaria, morta con sintomi di volvolo, la tuba falloppiana destra mutata in legamento, rivolta in alto ed attaccata con la sua fimbria quasi nel mezzo della sommità dell' utero: in tale anello s' era cacciato dentro quasi tutto l' ileo con porzione del digiuno e relativo mesenterio (6). L'altro dei Caldani, cioè il nipote Floriano, vide in una donna un' ernia inguinale, che conteneva più di 16 piedi d' intestino tenue, il cieco e quasi due piedi di colon ascendente. Tutta co-

---

(1) De Sedib. et Caus. Morb. Epist. XXXIV, XLIII.

(2) Quaedam de herniis p. 91.

(3) Nova gubernaculi testis hunteriani descriptio. Mediolani 1787 Cap. VII e VIII — Exercitat. pathol. I Cap. X Art. 10.

(4) De nonnullis cranii ossiumque fracturis, de raris herniis quibusdam ecc. Bononiae 1751 p, 23.

(5) Instit Bonon. Comment. VI Com. p. 76.

(6) *Orteschi*, Giorn. di Med. Venezia 1763 I 91.

desta massa di budella era libera affatto nel sacco, malgrado che l'ernia si fosse formata da 23 anni (1). Ma non più, giacchè cotesta enumerazione allungherebbe troppo l'opera nostra. Ci contenteremo pertanto di rammentare due recenti lavori, che in modo più complessivo trattarono dell' anatomia patologica delle ernie, e cioè l' informazione del Prof. Sangalli sopra le più notevoli ernie trovate nelle sezioni fatte nella Scuola di Anatomia patologica di Pavia (2); e la descrizione del Dott. Vincenzo Brigidi di alcuni casi di ernia addominale tratti dal Bollettino del Museo e della Scuola parimente d'Anatomia patologica di Firenze compilato dal Prof. Giorgio Pellizzari, con lo scopo di servire allo studio delle cagioni dell'uscita degl'intestini, e di porger guida alla cura dello strozzamento (3); che è quanto dire al precipuo obbjetto della chirurgia in questa specie di male.

Egualmente delle anomalie, che possono addurre forma strana alle ernie, velarne il conoscimento o renderne più grave e pericolosa l' operazione, pochissime soltanto, obbligati di esser brevi, ricorderemo. Il Dott. Soverini descriveva un raro assettamento del peritoneo, per il quale in un sacco particolare, e separati dagli altri intestini, rimanevano chiusi il digiuno e l' ileo (4): cosa simile non era stata fin allora avvertita, secondo l' autore, che dal Neubauer di Jena (5). Il Prof. Rizzoli in un caso di gravissimo oscheo-bubonocele trovava intorno il foro inguinale come un circolo arterioso formato dall'arteria epigastrica e dall' ombellicale rimasta pervia: e poichè da niuna parte il coltello poteva adoperarsi, l' anello venne blandamente dilatato, fatte prima alcune lievissime scarificazioni sull' orlo, e per tal modo riposte nel ventre le molte intestina, che ne erano uscite. Tale anomalia, se non unica, certamente rara, venne descritta dal Dott. Pistocchi (6). Rilevante ancora è l' altra anomalia veduta dal

(1) Mem. della Soc. Ital. delle Scienze 1829 XX P. II 635.

(2) Giorn. d' Anat. e Fisiol. patol. IV 154, 207. — Nel medesimo Giornale (Il 643, 681) il Prof. Sangalli ha inserito un ragguardevole lavoro su gli strozzamenti interni del tubo intestinale.

(3) Lo Sperimentale 1864 XIII 272 e seg.

(4) Novi Comment. Instit. Bonon. VIII 299.

(5) Descriptio anatomica rarissimi peritonaei conceptaculi tenuia intestina a reliquis abdomines visceribus seclusa tenentis. Francof. 1776.

(6) Bullet. Scien. med. 1851 XIX 143.

Dott. Melchiori, per la quale l'otturatoria, spiccatasi dall'epigastrica poco sopra l'arco crurale, dividevasi in due rami, di cui l'uno scendeva in basso, usciva dall'anello crurale e rientrava per il medesimo formando un'ansa adagiata sulla metà interna del corpo del sacco: l'arteria nell'operazione venne troncata nel punto in cui cominciava ad incurvarsi (1).

E poichè è avvenuto di dire degli accidenti, che corteggiano ed aggravano l'ernie in generale, di uno qui tosto, siccome assai raro, facciamo menzione. Vo' dire dell'emorragia, che succede per essersi spontaneamente crepata qualcuna delle vene meseraiche in quella porzione di mesenterio, che corrisponde all'altra dell'intestino fuori uscito o dislocato; di modo che il sangue, sollevati prima e poscia rotti gl'involucri dell'ernia ed i comuni integumenti, ne sgorghi con getto impetuoso e continuo. Allo Scarpa occorse appunto di osservare un caso di questa sorta in conseguenza di picciola ernia della *linea bianca* situata poco sotto l'ombellico in una giovane contadina, che dissanguata miseramente soccombeva (2).

Dell'idrocele e della raccolta purulenta del sacco erniario sarà detto al Cap. 79: degli accidenti che provengono dallo strozzamento delle ernie, e delle varie sue complicazioni e successioni è invece partitamente discorso qui di seguito.

(*Capo* 73.°)

DELLO STRANGOLAMENTO E DELL'ERNIOTOMIA.

Scarpa in Italia, e Dupuytren in Francia aveano posto in fermo che il collo del sacco, formava la cagione, se non-esclusiva, più comune dello strangolamento: questa dottrina era generalmente accettata, allora che il Malgaigne sorse per sostenere che l'infiammazione è la prin-

(1) Rassegna dei casi più importanti di Chirurgia osservati nel Civico Spedale di S. Giacomo di Novi. Oss. XXVI (Liguria medica A. 1856).

(2) Delle Ernie. Mem. V § XXXIII.

cipale condizione dell' irreducibilità dell' ernia, e che l' intasamento è un *ente di ragione*. Quest' esagerazione di *un fatto* venne combattuta dal Ranzi con validi argomenti. Il Malgaigne, diceva il Professore di Firenze, coll' insistere sulla necessità di combattere in molti casi l' infiammazione prima di por mano al taxis od all' operazione, ha reso un buon servigio, perchè ha ben determinato uno stato dell' ernia nel quale attender si deve tranquillamente che si calmi lo stato flogistico col riposo e cogli opportuni presidj. Ma se la dottrina dell' infiammazione erniaria, uscendo dai naturali confini, minacci di abbattere la dottrina dello strangolamento cronico, e mettersi essa in quella vece per illuminare la pratica, allora, anzi che un benefizio, diverrebbe un danno. Perchè escludere affatto l' azione degli anelli aponeurotici, quando gli strangolamenti prodotti da questi non si possono affatto niegare, benchè sia egualmente un' esagerazione l' altra che fa degli anelli stessi il principale agente della strozzatura? Oggi invero la scienza non può abbracciare veruna dottrina esclusiva, vedendo che se nell' ernia inguinale lo strangolamento è prodotto quasi sempre dal collo del sacco, e soltanto qualche volta dall' anello, nell' ernia crurale invece lo strangolamento più comunemente nasce per colpa della fascia o lamina cribrosa. In oltre tutti i varj modi (intasamento, infiammazione, strangolamento acuto e cronico) pe' quali i visceri protrusi si fanno irreducibili, non sono forse così distinti nella natura come nelle scuole, e nella maggior parte dei casi si giunge ad un punto in cui essi agiscono di concerto. Ma quello che il Ranzi solennemente raccomandava, e lo raccomandò più volte, era di serbare tutto intiero e vivo il precetto di operare l' ernia strangolata piuttosto sollecitamente che tardi, se vogliasi che le statistiche non rivelino la grande mortalità, ond' è accusata l' erniotomia, per cui Malgaigne chiamolla l' operazione più micidiale della chirurgia. Di 118 operati fra uomini e donne nell' Arcispedale di S. M. Nuova (dove appunto la massima dell' operare sollecitamente è professata) nel corso di un decennio, i guariti furono 66, i morti 52 (44 per 100); mentre negli spedali di Parigi la mortalità è assai maggiore (1).

(1) *Ranzi A.*, Intorno alle ernie addominali, e più particolarmente di quelle strangolate (Gaz. med. Toscana 1856 n. 48, 49 e 50 — 1857 n. 2, 3 e 4). — Sunto e considerazioni sulle ernie con un analisi di 126 casi fatali (Lo Sperimentale 1858 n. 2).

Il Dott. De-Negri, di cui già abbiamo onorevolmente citati i lavori anatomici, si fa di nuovo sostenitore dello strozzamento spasmodico nell'ernia inguinale, posciachè egli ammette che l'anello formato nel lembo inferiore dei muscoli piccolo obliquo e trasverso non sia semplicemente aponeurotico, come Riolano avea accennato, ma affatto muscolare in alcuni, aponeurotico muscolare nella maggior parte dei casi (1). Lo strozzamento dell'ernia crurale avverrebbe, secondo il medesimo autore, quando l'ernia dalla fossa o nicchia crurale passa nell'ovale sottoposta dilatando o lacerando il *septum cribrosum*, cioè la lamina fibrosa bucherellata, che separa l'una fossa dall'altra; e molto più per la costrizione prodotta sul collo erniario da un fascetto di fibre (*nastrino crurale*), che nasce dall'estremità esterna dell'arcata femorale e decorre trasversalmente nella piega inguinale.

Queste deduzioni anatomiche attendono tuttavia la conferma dell'osservazione clinica, essendo pure da altri contraddette. Così è che il Dott. Arata, concedendo che lo strozzamento avvenga nella fossa ovale, mette in campo altre cagioni per quest'accidente; cioè la disposizione o figura delle parti, le quali formano una cavità conica ed imbutiforme con il fondo in basso e l'apertura più ampia in alto. Relativamente alla lamina cribrosa, che generalmente si tiene per cagione più comune dello strozzamento, lo stesso Dott. Arata fa osservare, che nessuna delle sue aperture vascolari può dare passaggio all'ernia femorale, e che un tessuto sì flaccido, che non è valido per resistere contro l'impeto del viscere che protrude, neppure può tenacemente strozzarlo. La sede pertanto dello strangolamento essendo sempre all'orifizio inferiore dell'anello crurale, lo sbrigliamento può esser fatto indistintamente in dentro, in alto, od all'esterno senza verun pericolo; quantunque valga meglio fare lo sbri-

---

(1) Il Dott. Mario Panizza nella sua tesi inaugurale volle richiamare l'attenzione de' chirurghi *sopra una specie di anello medio muscolare del canale inguinale, dato dalle fibre inferiori dei due muscoli piccolo obliquo e trasverso, già veduto e descritto da qualche antico anatomico*. Avverte per altro che soltanto ne' soggetti giovani o adulti di robusta complessione, nè affraliti da lunghe malattie cotesto fascio di fibre carnee esiste *infallibilmente* (Intorno ad una frequente e disconosciuta causa di strozzamento dell'ernia inguinale. Mantova 1870 p. 7. 36).

gliamento con piccole incisioni all'interno (1). Ma anche questa teorica sarebbe forse esclusiva? Attendiamo la risposta dall'esperienza clinica. Il Ranzi ed il Regnoli ch' ebbero occasione di verificare l'ernia crurale non essere poi fatto tanto raro nell' uomo, come lo Scarpa ed altri autori hanno affermato, inclinano ad ammettere che parecchie, anzi che una, possano essere le cagioni di strangolamento. Il Prof. Landi altresì, quantunque favorevole all' opinione dell' Arata, dubita che sempre nell' orifizio inferiore dell' anello crurale avvenga lo strangolamento del merocele; anzi egli discorrendo dello strangolamento in modo generale, saviamente conchiude, che il medesimo considerato in sè stesso è tutt' altro che un fatto semplice, ma al contrario complesso, più e diverse circostanze dovendo necessariamente concorrervi (2).

La massima di non temporeggiare nei casi di ernia strangolata era già nelle nostre scuole sostenuta dall' autorità del Monteggia, del Rossi, del Volpi e dello Scarpa (3); onde che quando cotanto esaltavasi l' efficacia dell' atropa belladonna usata esternamente per ottenere la riduzione del viscere protruso, i nostri chirurghi, generalmente, non furono sviati dalla buona pratica, questa anzi con gravi ragioni raccomandando (4). Per agevolare l' operazione furono anche proposti varj strumenti o nuove forme di erniotomi (5), sen-

---

(1) *Arata Pietro*, Sullo sbrigliamento dell' ernia crurale strozzata. Genova 1862.

(2) Delle Ernie. In: La Clinica chirurgica nello Spedale di S. Maria della Scala. Siena 1864 pag. 231.

(3) Veggasi ancora la dissertazione del Dott. *Girolamo Angeloni* « Sulla necessità di operare sollecitamente l' ernia incarcerata (Gior. della Società d' Incorag. delle Scienze ed Arti. Milano 1808 IV 297) ».

(4) *Borelli Ippolito*, Sull' efficacia dell' atropa belladonna nella cura dell' ernia incarcerata. Dubbj e riflessioni. Lucca 1837.

(5) *Biagi Lodovico*, Di un bisturì erniotomo nascosto del Prof. Vincenzo Andreini. Firenze 1829. — *Fuschini*, Relaz. di operazioni di chirurgia. Ravenna 1836. — *Menici R.*, Su di un nuovo istrumento erniotomo (Archiv. di Scien. med. fis. Toscane 1833. II. 46). — *Grevi*, Sopra i vantaggi che si possono ottenere in due strumenti chirurgici immaginati per l' operazione delle ernie incarcerate. Firenze 1839. — Nuovo erniotomo (Atti del Congresso di Firenze a. 1841). — *Pacini Filippo*, Annot. sopra un nuovo erniotomo (Nuovo Giorn. dei Letter. Pisa 1836 XXXIII 186). — *Palamidessi*, Di una modificazione portata all' erniotomo del Cooper (Gaz. med. Toscana 1857 p. 37). — *Pertusio*, Sonda a grondaja scanalata per la chelotomia (Giorn. dall'Accad. med. chir. di Torino 1859 3 Nov.). — *Guarini Marcel.*, Nuovo erniotomo (Ann. un. 1865 CXCV 341).

za che per altro niuno di essi, sebbene ingegnosi, possa premunire da tutti i pericoli dell' operazione, e supplire all' insufficiente destrezza dell' operatore. Per iscoprire prontamente il sacco ed aprirlo con sicurezza e facilità, il Dott. Golinelli propose l' agopuntura alla base del tumore (1); ma il procedimento non può bastare quando non siavi siero fra l' ansa ed il sacco, quando questo sia rotto: naturalmente prima di fare tale puntura è ben da vedere se l'ernia, come quella del cieco, non abbia l' involucro peritoneale.

I due metodi principali di erniotomia (apertura del sacco e sbrigliamento - semplice incisione dell' anello) vennero esaminati dal primo nostro institutista, il Monteggia; il quale, pur ammettendo che il taglio dell' anello scoperto con l' incisione dei soli tegumenti semplifica di molto l' operazione, preferiva ammaestrato dall'esperienza, l' erniotomia classica (2). Il Ranzi tenne la stessa opinione: l' apertura del sacco riguardando come metodo generale, come eccezionale il metodo di Petit, e l' altro di Seutin, la distensione cioè e la lacerazione dell' anello fatta col dito attraverso la pelle (3). Al quale proposito lo stesso scrittore notava la semplicità delle modificazioni proposte all' ordinaria erniotomia essere piuttosto illusoria che reale in moltissimi casi. Il Larghi, avversario com' è di tutte le operazioni cruente, abbracciava con calore il metodo di ridurre le ernie per mezzo dello sfiancamento o rottura dei cingoli costrittori; ma confessa che non sempre il procedimento riesce, nel qual caso *subito subito è da ricorrere al taglio*, perciocchè l' àncora di salvezza sta non solamente nel bene, ma ancora nel prontissimo operare (4). Il Dott. Saviotti, considerando che la pratica del Larghi espone al pericolo di far crepare l' ansa che vuolsi liberare, prima che l' anello siasi dilatato lacerandolo; riproponeva la vecchia pratica di togliere lo strozzamento allargando l' anello stesso per mezzo d' incisioni,

---

(1) Raccoglit. med. di Fano 1858 XVIII.

(2) Istit. chir. Cap. X. §. 1280-1283.

(3) Il Dott. Melchiori chiudendo la ricca Rassegna dei casi più importanti di Ernie addominali, da lui osservate e studiate nello Spedale di Novi, manifestava eguale avviso con queste parole: « Forse io taglierò qualche ernia di più: ma son persuaso del compenso di maggior numero di guarigioni; nè avrò il dispiacere di perdere ammalati dopo la riposizione col taxis ripetuto tante volte, come mi toccò di vedere (Liguria medica a. 1856) ».

(4) Gaz. med. di Torino 1862. — Ann. un. di med. 1867 CC 346. CCI 83, 499. 1868 CCII.

fattegli dintorno al di fuori del sacco erniario (1). Ma anche questa operazione non potrebbe farsi che in quei casi in cui lo strozzamento è fuori del sacco, e senza dipendenza col viscere ernioso. Altrettanto dicasi dello sbrigliamento sottocutaneo ed extraperitoneale per mezzo del tenotomo, di cui un bell' esempio è riferito dal Palamidessi nella Gazzetta Medica Toscana dell' anno 1857, l' operazione essendo stata fatta dal Regnoli. E però lo stesso Dott. Cosimo Palamidessi, che fu inchinevole allo sbrigliamento cruento estraperitoneale, conchiudeva certe sue Considerazioni sulla cura delle ernie incarcerate e strozzate con queste parole: « Soccorrete sollecitamente gl' individui affetti d' ernia strozzata, però non sempre col medesimo, e più grave compenso, che possiede la chirurgia; ma con la guida dei dati patologici, adattate sagacemente pei varj casi, or l' uno, or l' altro dei mezzi di riduzione, che sono attualmente in nostro potere (2) ».

In 23 anni furono praticate nello Spedale Maggiore di Milano 537 erniotomie, che 293 volte, ossia 54 su 100, furon seguite da morte. Il qual fatto, scriveva il Dott. Verga, Direttore dell' Ospedale medesimo, non deve far meraviglia: « trattasi di operazione per sè molto delicata e grave, resa ancor più grave dallo stato in cui ci arrivano li ammalati: il tempo decorso dalla strozzatura dell' ernia, i maneggi non sempre opportuni inutilmente stati tentati a casa, li incommodi d' un viaggio più o men lungo, sono causa dell' infausto esito dell'operazione, la quale il più delle volte si eseguisce con vera sfiducia ». È da notare per altro la mortalità essere minore rispetto alle ernie crurali, che alle inguinali; giacchè in queste sta nella proporzione del 60 per 100, in quelle del 42 (3). La qual differenza non pare si possa principalmente attribuire, come volle il Dott. Van-

(1) Gaz. dell' Associaz. med. 1863 p. 97.

(2) Gaz. med. Toscana 1852 p. 388.

(3) *Vandoni Carlo*, Quadro quindecennale delle operazioni d' alta chirurgia eseguite nello Spedale Maggiore di Milano dal 1820 a tutto il 1834. Milano 1841 p. 17, 21. — *Verga A.*, Rendiconto della Beneficenza dell' Ospedale Maggiore di Milano per gli anni 1856-1863. Milano 1859, 1862, 1865 p. 120, 142, 128. — Il Dott. Agostino Barbieri sommando insieme le predette statistiche del Vandoni e tutte quelle del Verga con le altre del *Registro Operazioni* dell' Ospedale Maggiore di Milano dal 1864 al 1868 inclusive, ne trae la somma di 735 erniotomie eseguite nell' Ospitale stesso. La mortalità appare alquanto diminuita (52, 5 per 100); mantenendosi per altro eguale la differenza di numero tra le morti prodotte dall' ernia inguinale e dall' ernia crurale.

doni, alla maggior sollecitudine del sesso femminco nel domandare gli ajuti dell' arte; ma piuttosto è da cercare nelle condizioni speciali dell' ernia stessa.

La convenienza di riunire per prima intenzione le ferite dell'erniotomia, tutte le volte che tale riunione non venga controindicata, fu dallo Scarpa, e particolarmente dal Mazzoni di Pisa (1), sostenuta, contro l' opposto insegnamento del Desault e della sua scuola, di cui il Prof. Palasciano oggi ancora è caldo sostenitore, siccome ne fu il Prof. Sisco di Roma (2). Ma il precetto non può essere nè per l' una, nè per l' altra maniera di medicatura assoluto.

Gli accidenti o particolarità, che non di rado si trovano nella riduzione dell' ernie strozzate, sono tanti e così svariati, che soverchiamente lungo riescirebbe notarli. Il Prof. Rossi di Torino procurò di classare in 8 classi o generi, ognuno de' quali racchiudeva parecchie specie, le ernie strangolate, ed in 4 le aderenti (3). Lo stesso Professore s'imbattè in un malato nel quale al merocele strozzato faceva complicazione l' aneurisma dell' arteria crurale. Alquante storie di tumori fuori od entro il sacco complicanti o simulanti un'ernia inguinale o crurale, ed altri accidenti che aggravano o rendono più malagevole l' erniotomia, leggonsi nella precitata Rassegna dei casi più importanti di Chirurgia del Dott. Melchiori: a parecchie è aggiunto l' esame anatomico crescendo con ciò l' importanza dell' osservazione clinica (4). Il caso d' incarceramento di piccola porzione d'intestino entro un infondibolo scolpito nell' omento, che in considerabile quantità faceva ernia presso l' ombellico, veduto dal Vaccà e descritto dal Betti, è strano principalmente riguardo agli effetti; imperocchè diverse escare cangrenose apparvero sui tegumenti del basso ventre,

---

(1) Nuovo Giorn. dei Letter. di Pisa 1822 III 289.

(2) Saggio dell' Istit. clin. Romano. An. V. VI. e VII. Roma 1822.

(3) Elém. de Médec. opérat. I 175, 167, 187.

(4) Il Dott. Natale Zoja ha diligentemente descritto il fatto, piuttosto raro di tre ernie inguinali in uno stesso soggetto, cioè oscheocele libero a sinistra, e bubonocele doppio. diretto ed obliquo strozzati a destra, con idroceli della vaginale del cordone spermatico e del testicolo saccati e indipendenti (Ann. un. di Med. CCXI 644). — Alquante osservazioni intorno le ernie furono raccolte dal Prof. Portal (Napoli 1842), dal Dott. Martino Rossi (Repert. med. chir. Torino 1835 p. 30) e da altri ancora come facilmente può vedersi consultando gli Annali universali di Medicina, la Gazzetta medica di Lombardia, il Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna e gli altri maggiori nostri giornali di medicina.

ma fuori dalla circonferenza del tumore medesimo: e ciò perchè l' icore, che gemeva dall' intestino già cangrenato, non potendo giungere, per esserne impedito dal grosso omento, alla cute che copriva il tumore, filtrando attraverso il vicino tessuto connettivo si diffuse colà dove non trovava impedimento (1). Singoralissimi e rari quanto mai sono i casi narrati dai Dottori Bertani e Paoli: nel primo i sintomi di strozzamento, continuati per tre giorni, provenivano da un falso uretere soprannumerario, che, attraverso le pareti della vescica, il collo di essa e l' uretra andava a chiudere tutta la vulva (2); nel secondo un' ansa dell' ileo era protrusa dalla parete posteriore del canale inguinale, ivi rimanendo strangolata: in entrambi all' osservazione clinica seguì l' esame anatomico.

Ma, ripetiamo, tali e tanti particolari non possono qui essere ricordati: per altro non ommetteremo di dire qualche cosa riguardo al restringimento ed alla cangrena dell' intestino ernioso, argomenti sui quali il Prof. Palasciano ha scritto due Dissertazioni (3).

(*Capo 74.°*)

DEL RESTRINGIMENTO E DELLA CANCRENA DELL' INTESTINO ERNIOSO. DELL' ANO PRETERNATURALE.

Secondo il Palasciano la chirurgia si mostra assai impotente quando adopera la riposizione pura e semplice contro lo stringimento intestinale, limitandosi a sperare con lo Scarpa la formazione dell'ano artificiale, ove non succeda la dilatazione: ei crede che l' esorbitante numero delle morti dopo l' erniotomia in tutti i paesi deve trovare una causa non lieve in ciò, che non fu messo rimedio alla coarta-

---

(1) Note alla Trad. della Storia delle Oper. chir. dello Sprengel II 50.

(2) Gaz. med. di Milano An. 1845 p. 249.

(3) Mem. ed osservaz. di chir. prat. Napoli 1860. — Sul restringimento dell' intestino ernioso Vol. I. — Sul valoré terapeutico dalla cucitura nella gangrena dell' intestino ernioso. Ivi e Archiv. di chir. prat. 1868 IV 5, 36, 286.

zione dell'intestino. A torre la quale, il predetto autore propone, anzi che la recisione raccomandata da Ritsch fin dal 1765, o la semplice incisione consigliata da Richter; la *dilatazione del restringimento per invaginamento*, cioè imborsando o respingendo col dito contro il restringimento la porzione superiore dell' intestino, ossia quella che si trova più dilatata. Fatto il distendimento, adagio e fino a che la sierosa dia segno di screpolare, si ritrae la parte entroflessa, e si ripone l' intestino nel ventre. Che se la dilatazione non fosse possibile, si recida l' intestino, giovandosi, secondo le condizioni dell' intestino stesso e la maggiore o minore probabilità di coalito, dell' enterorafia, ovvero instituendo un ano artificiale. Alcune osservazioni sono riferite dal Professore napoletano per mostrare l' utilità della predetta maniera di dilatazione: resta a vedere se l' intestino così allargato non ricada nel restringimento, e se la distensione possa sempre farsi senza pericolo di rottura.

Lo Scarpa, quando la cangrena nell' intestino fosse parziale, dava per precetto di ridurre il viscere, il quale non allontanandosi dall' apertura interna dell' anello, ivi prenderà tosto aderenza capace di opporsi allo stravaso di materie intestinali nell' addomine, e guiderà invece le materie stesse all' esterno: similmente quando la cangrena fosse totale consigliava la semplice incisione dell' intestino mortificato, donde ancora l' ano contro natura (1). Il Prof. Palasciano crede che tali precetti venissero dallo Scarpa suggeriti perchè a quel tempo la enterorafia progettata da Ramdohr mostravasi troppo difficile ad eseguirsi ed incerta nell' effetto: egli invece molto confida nella cucitura dell' intestino, volendo evitara le noja ed i pericoli della fistola stercoracea. Se la cangrena è parziale, senza fendere l' escara, il Palasciano *imborsa* la parte cangrenata nell' intestino, circoscrivendola e serrandola fra i punti della sutura da materassajo, secondo il processo dell' Appolito in linea traversale sui margini sani, acciocchè si stacchi e cada dentro la cavità dell' intestino

---

(1) Non sempre è necessario incidere il collo del sacco dell' intestino cangrenato, basta talvolta tagliare l' apertura erniaria aponeurotica: anzi il Minich vorrebbe che per regola da questo taglio si cominciasse, all' altra incisione non mettendo mano se non allora che proseguissero i sintomi d' incarceramento (Giorn. Veneto Scien. Med. 1865 II 414). E veramente così può farsi quando manifesta non sia diversa indicazione, nè l' indugio possa recar danno o maggiori difficoltà.

in cui fu respinta. Se l' escare siano molteplici altrettante debbon essere le cuciture: quando poi queste non si potessero fare per mancanza di spazio sufficiente, ovvero la parete ripiegata fosse troppo grande da impedire il corso delle feccie, allora alla cucitura fa precedere la recisione di tutta la parte cangrenata; riunendo poscia due terzi della circonferenza del budello per l' interna cavità di esso a retropunto od a sopraumano, ed il rimanente con la cucitura a trapunto o del materassajo, fermati i capi del filo ai margini della ferita cutanea. Ma per fare tutto questo conviene che l' intestino possa essere cavato fuori, che è quanto dire sia libero da aderenze: altrimenti, come pure nel caso di sfacelo, il miglior partito è quello di fendere senz' altro la parte cangrenata e medicare poscia l' ano accidentale. La proposta del Prof. Palasciano d' *imborsare* l' escara cangrenosa, e di praticare una cucitura temporanea intorno ad essa, è originale: ma della sua utilità e convenienza dev' essere giudice un buon numero di fatti, laddove che pochi sono quelli che finora abbiamo, nè tutti persuasivi e favorevoli.

Il Clinico di Napoli ingrandisce di soverchio gl'incomodi e gli accidenti dell'ano anomalo; invece è assai benevolo per l'enterorafia, la quale ha già per sè molti pericoli ed incertezze: nè da ciò che gl' intestini feriti sopportano abbastanza bene la cucitura, può inferirsi che ugualmente debba essere nel caso di ernia cangrenata; imperocchè sono diverse le condizioni dell' intestino nell' uno e nell' altro caso (1). Inoltre le fistole stercoracee e l'ano anomalo molte e molte volte guariscono naturalmente; l' arte poi ha alquanti sussidj per ajutare gli sforzj della natura. Di ciò gli esempj abbondano (2); e talvolta pure la guarigione avviene anche nelle meno propizie condizioni, p. e. nell'ernia del cieco mancante del sacco peritoneale, come fra gli al-

---

(1) Meravigliosa guarigione, sebbene non fossero seguite le massime proposte dai migliori scrittori di quel tempo, è quella narrata dal Dott. Barsanti di Livorno ed ottenuta mercè della cucitura; essendo stata recisa la porzione d'intestino putrefatta sotto la strozzatura d' un' ernia inguinale (*Orteschi*, Giorn. di Med. 1770 VIII 252. — *Angeli*, Osserv. med. prat. e chir. di valenti clinici italiani. Imola 1793 Oss. XXXIX).

(2) Parecchi casi ne ha raccolti il Palletta in una speciale dissertazione, avvertendo che di tali guarigioni s' avrebbe maggior numero nella storia medica, *se non mancassero i buoni osservatori* (Osservazioni sopra i mezzi impiegati dalla natura per riparare alle lesioni degl' intestini, che portano seco la trista necessità dell' ano artifiziale. In: Giornale per servire alla Storia ragionata della Medic. Venezia 1793 VIII 435).

tri dal Dott. Bozetti (1) e dal Prof. Cavara fu osservato (2). In altro caso narrato dal Dott. Rezzonico vediamo riescire a bene la cura palliativa, l' operazione venendo controindicata dalla grave età dell' inferma e da altre ragioni. La guarigione fu ottenuta con la severa dieta sussidiata dai purganti e dai clisteri, avendo fallito la dieta lauta per un mese continuata; giovava cioè quel metodo che, commendato da Lapeyronie, venne poscia combattuto dal Louis e dal Dupuytren (3). Il ferrarese Giuseppe Lanzoni avea narrato che l'ano preternaturale formatosi in una donna, per essersi incarcerata nella medesima l'ernia che avea nell'inguine, e caduto in cangrena l' intestino tanto quanto misurano due dita trasverse, in capo a 20 giorni era già chiuso (4). Il Petit mise in dubbio sì rapida guarigione; ma il Nannoni soggiungeva ingiusta essere cotesta incredulità, poichè a lui parecchie volte era capitato di essere testimonio di consimili casi (5). Nella donna del Dott. Ferdinando Moroni l' ano preternaturale non si chiuse è vero molto sollecitamente; ma la guarigione è pur da mettersi tra le straordinarie, conciossiachè quando l' operazione fu fatta lo strozzamento era già da cinque giorni, la coscia tumida a cagione dell' enfisema e l' intestino avvizzito e cangrenoso: dopo tre giorni d' agonia, le feccie uscirono dalla nuova via, e nel chiudersi questa dopo tre mesi, anche l' ernia rimase radicalmente sanata (6). Nè meno ricordevole è il caso succintamente narrato nelle Istituzioni di Patologia Chirurgica dei Professori De Rensis e Ciccone con queste parole. Un uomo più che brutale si accoppia per forza con una giovinetta di 10 anni: ne seguita ampia lacerazione non solamente del setto retto-vaginale, ma pure del cul di sacco formato dal peritoneo; un'ansa di tenue intestino, di due palmi circa, s' insinua per questa ampia via e sporgendo dalla vulva pende fra le coscie.... Portata la disgraziata allo Spedale degl' Incurabili l' ansa dell' intestino era già mortificata: questa fu troncata e mercè delle cure del Dott. A. Favera

---

(1) Ann. un. di Med. 1833 LXVII 342.
(2) Rendic. dell' Accad. delle Scienze di Bologna. A. 1850-51 p. 13.
(3) Ann. un. di Med. 1858 CLXIV 94.
(4) Miscell. Nat. Curios. Dec. II An. X Obs. 124. — Op. omn. Lausan. 1738 II 388 Obs. XLV.
(5) Trat. di Chirur. Siena 1785 II 277.
(6) Giorn. Veneto Scien. Med. 1864 XXIII 464.

passando l' inferma di bene in meglio, non rimase che una piccola fistola retto-vaginale (1).

La sede più frequente dell' ano preternaturale è, come ognuno sa, nell' inguine, quando esso consegua ad ernia strangolata: ma anche può essere vicino all' ombellico, in altri luoghi del ventre (siccome qualche caso fu accennato parlando delle ernie della linea alba e delle così dette *anomale*) e nello stesso scroto. In questa parte appunto il Melchiori trovava la schifosa apertura, stabilita da 9 anni, a guisa di piaga fungosa larga uno scudo: mantenevasi nondimeno l' uomo in buona salute, non evacuando per l' ano naturale che di volta in volta poco muco (2). Varia altresì la forma dell'ano contro natura per diversi accidenti: fra questa varietà merita ricordo la descritta e curata dal Prof. Gallozzi, perciocchè le due porzioni d' intestino aveano non solamente posizione inversa, ma quella corrispondente all' ano, formata dall' ultima parte dell' ileo, era, contro ciò che suol accadere, protrusa ed arrovesciata, spinta dalle contrazioni del diaframma e delle pareti addominali; mentre che il capo stomacale per le antiche aderenze di ernia congenita non moveasi dal canale inguinale. Reciso con lo schiacciatore di Chassaignac l' intestino procidente, lo sperone non venne che a poco a poco distrutto applicando l' enterotomo sei volte, senza che molestia ne succedesse all' infermo, al quale uscendo dallo spedale, non restava più che piccolissima fistola stercoracea (3). In altro caso, in cui per cagione dell' eccessivo parallelismo dei capi dell' intestino, ostinatamente riproducevasi lo sperone, il Dott. Caccioppoli per tre volte e con buona fortuna fu costretto di adoperare l' enterotomo del Dupuytren (4). Quando invece poco sia il predetto parallelismo la sola compressione, fatta anche co' mezzi più semplici, può bastare: così il Sogliano di Napoli in un completo ano contro-natura consecutivo ad ernia crurale, mediante un pezzo di candeletta piegata ad angolo riesciva,

---

(1) T. V. p. 362.

(2) Liguria medica A. 1856 Oss. XXIII. — Sulla guarigione di un' ernia incarcerata naturalmente apertasi nella base dello scroto, veggansi le storie del Dott. Francesco Laurenzi nelle Effemer. chim. med. di Milano (1805 Sem. II. T. II. p. 132), del Dott. Giuseppe Petrali negli Ann. un. di med. (1838 LXXXV 125) ecc.

(3) Il Morgagni 1867 p. 251.

(4) Ivi 1862 IV 60.

ajutando la cedevolezza delle parti, a raddrizzare i capi dell' intestino (1).

Per altro se l' enterotomia è mezzo efficacissimo di guarigione, non dee già credersi ch' essa valga in ogni caso, in cui non bastò natura. Al Prof. Rizzoli ad esempio riesciva infruttuosa tale operazione, sebbene la facesse con l' enterotomo da lui modificato di guisa che meglio e più egualmente comprima in ogni punto dell' altro di Dupuytren; posciachè dall'ano, che era nell' inguine di forma circolare ed alquanto ampia, pertinacemente s' arrovesciava il capo superiore dell'intestino. Pertanto, sperimentati eziandio indarno i caustici ed altri presidj, egli operò a questo modo. Incisa tutt' attorno per due centimetri la pelle e staccatala fin presso al margine dell'ano anomalo, la sollevò e strinse con un laccio in modo da formare un turracciolo temporaneo, contro l' ano stesso, affinchè materie fecali non uscissero nel tempo che altri tessuti sarebbervi sopra applicati, nè loro impedissero di saldamente attaccarsi. Il lembo poi, cangrenato che fosse per effetto della stretta legatura sarebbe caduto nel sottoposto aperto intestino. Ciò fatto con adatta porzione di cute, tolta presso alla precedente incisione, coperse il turacciolo stesso, e la tenne in posto con alquanti punti di sutura intercisa. Per tal modo la larga cloaca si restrinse in una fistola, la quale, compressa da un cinto, non lasciava sfuggire verun umore (2). Nel capitolo della Gastrotomia accennammo come il medesimo chirurgo operasse per provvedere ad ani anomali posti nella regione epicolica e nell' ombellicale.

(*Capo* 75.°)

DELLA RIDUZIONE INCRUENTA.

La riduzione incruenta delle ernie strozzate per mezzo del *taxis* da lunga pezza, può dirsi da secoli, subisce l' alterno balzo della lode e del biasimo. La quale diversità di giudizio senza dubbio pro-

(1) Atti dell' Accad. med. chir. di Napoli. 30 Maggio 1863.
(2) Bull. Scien. med. di Bologna 1871 XI 81.

cede principalmente dalla diversa natura e condizione de' visceri erniosi, dal modo de' maneggiamenti adoprati per rintrodurre le parti fuoruscite. Il *taxis* ha un valore reale, superiore alle contenzioni di sistema o di scuola, e da esso incominciano sempre le operazioni che si fanno intorno le ernie; non passando al taglio che quando l'inefficacia de'mezzi incruenti e l'urgente pericolo facciano il taglio medesimo necessario. Nel corso di 21 anni il Borelli ha curato 180 ernie inguino-crurali strozzate: in 166 ottenne la riduzione incruenta con 148 guarigioni e solo 8 morti, mentre delle altre 14 curate coll' erniotomia 5 sole guarirono, e 9 ebbero esito infausto. Da ciò il Borelli inferisce « che tutte le ernie inguino-crurali strozzate possono sottoporsi ai tentativi della riduzione, la quale, praticata espertamente, è nella grandissima maggioranza dei casi possibile ad ottenersi senza il bisogno di ricorrere alla erniotomia (1) ». La quale conclusione porta bensì ad erigere il taxis incruento come metodo generale, non già a bandire l' erniotomia, operazione di necessità a cui è pur d' uopo ricorrere come a mezzo supremo di salute. Laonde la quistione non sarebbe tanto di ricercare quali sieno i casi a cui convenga o disconvenga il *taxis,* quanto fino a qual momento cotesto espediente possa essere fruttuosamente adoperato (2). Se l' erniotomia più spesso è seguita da morte che da guarigione, ciò non è per effetto dell' atto operativo ; bensì delle condizioni gravissime del male cui essa dovrebbe riparare: anzi noi vedremo, come effetto naturale e necessario, crescere cotesta mortalità in proporzione che piu largamente la riduzione incruenta venga adoperata. Per lo contrario la statistica dell' er-

---

(1) Della riduzione incruenta nelle ernie inguino-crurali strozzate. Torino 1866 2ª ediz. p. 84.

(2) Uno de' casi più singolari ne' quali l' operazione, quantunque trascorse fossero 61 ore dall' apparizione de'sintomi d'incarceramento, fu salutare, è quello narrato dal Dott. Gaetano Malacarne: l' ernia era inguinale, antica è così voluminosa, che la distensione dello scroto avea fatto sparire interamente la verga. Parve all' autore che varie circostanze, fra le quali la copiosa evacuazione dell' alvo poco prima dello strozzamento e l' abito cachettico del paziente, contribuissero a rendere tollerabile il lungo aspettare (*Brera,* Giorn. di med. prat. 1815 VII 197). — Maggiore ancora fu l' aspettazione nell' uomo del Dott. G. B. Borelli, conciossiachè passarono sei giorni innanzi che l' ernia, la quale era nell' inguine sinistro, fosse liberata dallo strangolamento. L' operazione fu così fortunata, che, otturatosi il canale inguinale, l' ernia restò radicalmente guarita. Può dirsi che questo caso rappresenta *l' estremo della tolleranza organico-dinamica dell' intestino nello strangolamento acuto* (Giorn. Scien. Med. Torino 1844. — Gaz. Med. di Milano 1845 p. 8).

niotomia diverrebbe meno trista, tenendo la massima propugnata in particolar modo dal Ranzi; esser meglio cioè mettersi nel caso di fare un' operazione inutile, che di farla troppo tardi. Il criterio che deve guidare il pratico nell' uso e nell' insistenza della riduzione incruenta non può essere espresso in modo di formola assoluta; e per vero lo stesso Borelli alle *condizioni* e *particolarità* delle ernie, le quali sono varie e molteplici, lo fa subordinato. Il Gosselin, che pure è grande fautore del taxis, si giova sempre del cloroformio: il Borelli non adopra *sistematicamente* l' anestesia, a cui non ricorre che quando speciali circostanze l' esigano, e niuna la controindichi. Il chirurgo di Torino dà altresì le regole generali per eseguire il taxis: blande trazioni con l' una mano sul viscere ernioso per trarne fuori il collo, e per prender punto d' appoggio sulla circonferenza dell' anello strangolante; alterni movimenti di ondulazione e semirotazione, con l' altra mano per respingerlo, adoprando perciò specialmente l' apice delle dita. Ma il metodo generale dev' essere poi, più o meno secondo la varietà dei casi, modificato: *coll' insistenza inspirata dalla confidenza e dal coraggio potendo raggiungersi risultati insperati* (1).

(*Capo* 76.°)

CURA RADICALE DELLE ERNIE — CENNO STORICO INTORNO I CINTI.

La cura radicale delle ernie è tuttavia fra i voti della chirurgia, almeno come espediente che premunisca da recidive, ovvero da conseguenze gravi e pericolose. Nondimeno questa guarigione è pure possibile; il Benevoli tra gli altri ne riferisce due casi assai singolari (2). Il lungo giacere supino talvolta da sè solo è sufficiente per produrla, siccome da parecchi fatti è indubbiamente provato (3).

(1) *Borelli*, Op. cit. p. 119, 121, 128.

(2) Osservaz. XXVIII e XXXIII.

(3) Vedi tra gli altri il caso narrato dal Dott. Pietro Biagini (Bullet. Scien. med. 1840 IX 3), ed anche le osservazioni anatomiche del Prof. Tigri (Giorn. med. di Roma A. 1865 p. 706) ecc.

Cotesta guarigione si può ottenere anche con maggior sollecitudine con que' diversi processi, che soprattutto tendono ad otturare l' apertura del canale inguinale: ma l' operazione, dicono coloro stessi che più ne sono confidenti, non è assoluta, nè si può praticare sopra ogni sorta di soggetti e sotto qualsiasi circostanza. Il Signoroni con molto zelo attese a questo genere di cura, proponendo ed adoperando successivamente per la medesima tre processi. Il primo, *chilissochisorafia*, è l' introversione delle pareti della cavità erniaria, e l' accollamento delle medesime ai margini dell' apertura nei muscoli, mediante la sutura attorcigliata fatta con stiloni passati a traverso della cute esterna, dei margini del foro e dell' insaccamento delle pareti introflesse. Per ottenere che il *turacciolo cutaneo* introverso s' attacchi all' apertura erniaria, il Signoroni cruentava i margini di questa, ciò che distingueva la *chilissochisorafia* dall' *accollamento* del Gerdy; il quale invece cauterizzava, poco opportunamente, l' imbuto cutaneo per mezzo dell' ammoniaca (1). Ma lo stesso Signoroni trovando insufficiente la chilissochisorafia, per conseguire nei casi di voluminosa protrusione viscerale la chiusura dell' ampio orifizio erniario, ricorreva al secondo processo, cioè all' *introversione;* nel quale respinte le flosce pareti dell' ernia inguinale dentro il ventre per la via del corrispondente anello, vengono le medesime ricondotte in basso ed all' esterno fuori del canale crurale, per quindi fermarle alla piega falciforme, alla pagina inferiore del fascialata ed alle branche dell' anello addominale con sutura attorcigliata, ajutata da conveniente cruentazione (2). Finalmente per dare alla tela cutanea introversa nuovi punti d' appoggio faceva l' *introversione cornuta*, nella quale al predetto invaginamento per l' anello crurale, si aggiungano altri due laterali: l' uno esterno condotto con il dito verso il fianco sotto la corda del Falloppio, al di là del legamento ileo-pettineo; l' altro superiore interno guidato con catetere da donna verso il margine esterno del muscolo retto; in ambo i luoghi fissando le appendici invaginate al di fuori con un punto di sutura attorcigliata (3). Del qual ultimo processo non fu dato al Signoroni di

(1) *Signoroni*, Sopra una nuova maniera di operazione radicale delle ernie addominali (*Spongia*, Comment. di Medic. 1836 II 315, 416; 1837 III 70).

(2) An. un. di Med. 1839 XC 65, 1842 CIII 289.

(3) Ivi 1844 CXI 49.

fare se non un esperimento; anzi egli lo dettava ridotto quasi all' estremo fine dal morbo, che da lungo tempo lo travagliava e dovea condurlo prematuramente al sepolcro. Certamente che niuna di queste operazioni è in modo assoluto *cura radicale* dell' ernia (1): lo stesso SIGNORONI confessava che de' suoi operati alcuni soltanto *precariamente* guarirono; donde la premurosa sua costanza nel trovar modo di accrescere l' efficacia e sicurezza de' suoi procedimenti. I quali nondimeno vanno notati come utili avanzamenti dell' arte, perchè, come diceva il CORTESE, è sempre pregevole una medicina che sana alcuna di quelle infermità, che insanabili si reputavano pur dianzi; stando il problema non tanto nella universalità delle sanazioni, quanto nella possibilità delle medesime, e quando questa sia provata da un fatto, non mancherà se non la perfezione dei metodi a provarla efficace in cent' altri e forse in tutti col tempo (2). Ed un caso di confermata guarigione di voluminosa ernia scrotale incontenibile ottenuta mediante la chilissochisorafia è quello esposto dal Dott. IMERIO FERRARI (3): se non che il soggetto era un fanciullo di 9 anni, nè da ciò che avvenne in sì tenera età possiamo addiritura inferire che altrettanto possa succedere con uguali mezzi nell' età adulta.

In oltre le contingenze patologiche, le particolarità individuali sono tante e sì differenti, che il medesimo metodo sebbene buono in sè non può adattarsi a tutti i casi. Laonde il RIZZOLI, che pure di quest' argomento della cura radicale dell' ernia riducibile si è occupato, usando di diversi espedienti, secondo che voleva la necessità del caso, otteneva parecchie guarigioni e notabili miglioramenti: in due giovani ne' quali il bubonocele scendeva nello scroto, bastò trapassare con un setone il canale inguinale, perchè questo in pochi giorni solidamente si chiudesse (4). GIAMBATTISTA GEREMÈ SANTARELLI scriveva allo SCARPA di essere radicalmente guarito di ernia omentale sciolta nell' inguine sinistro, recidendosi da sè, con istoica fermezza, un pezzo d' omento lungo un piede parigino, e tenendo

---

(1) *Petrali*, L' insufficienza dei metodi recentemente proposti per guarire radicalmente le ernie dimostrato dall' esperienza (Ivi 1840 XCIV 51).

(2) *Cortese*, Elogio funebre di B. Signoroni. Venezia 1845.

(3) Ann. un. di Med. 1839 XCII 91.

(4) Operaz. chir. per la cura radicale di alcune ernie addominali esterne (Memorie dell' Accad. delle Scien. di Bologna 1856 VII 187).

fissa nell' anello la parte tagliata mediante la legatura precedentemente apposta (1). L'Asson, riferita la storia dell' operazione fatta per rimediare allo sventramento inguino-scrotale incarcerato, la quale ebbe per effetto la guarigione radicale; avvertiva che questa avvenne per l' infiammazione della porzione di cordone, che corre nel canale inguinale, e per l' adesione avvenutane alle pareti di questo. Nè altrimenti farebbero i diversi processi proposti per la cura radicale dell' ernia quando essi veramente conducano al fine desiderato (2). Così appunto è da credere sia stato ne' casi citati da Lorenzo Nannoni come prova dell' efficacia dell' allacciatura del sacco per guarire radicalmente le ernie; argomento sul quale anche stese una dissertazione presentata nel 1777 all' Accademia di Chirurgia di Parigi (3). Ma in proposito giova far memoria di ciò che avvenne a quella monaca da molti anni rotta nell' anguinaglia sinistra, e della quale il Tacconi ha fatto la storia. Usciva l' ernia dall' anello crurale ed avea la figura di testa di pecora; gl' integumenti erano quanto mai tesi, e certo liquido simile a vino annacquato ne trapelava: scoppiò un giorno il tumore e scese fino al ginocchio, venendo fuori l' ileo con il mesenterio e con l' omento. Le viscere, dilatata l' esterna apertura, furon riposte nel ventre; quindi venne legato verso la base il grande sacco, che avea contenuto l' ernia ed ora rimasto vuoto: se non che tal borsa cominciando a cangrenare il Tacconi la recise, e l' inferma poco dopo un mese era guarita in modo da non aver più bisogno di cinto (4).

---

(1) Saggi di alcuni casi chirurgici. Forlì 1819 p. 7.

(2) Giorn. per servire ai progressi della Patologia II 229.

(3) In 12 casi, ne' quali tale operazione venne fatta in Firenze presente il Nannoni accadeva che su 10 fanciulli dai 2 agli 11 anni, uno morisse, un altro perdesse il testicolo per putrefazione, un terzo soffrisse un ascesso nell' inguine. Dei due adulti il primo guariva, il secondo dopo 4 o 5 mesi ritornava ernioso (Trat. di Chirurg. Siena 1785 II 251, e 252). Quest' operazione era già in uso a Firenze ai tempi del Benevoli; e Lorenzo Nannoni dà vanto a suo padre d' averla rimessa in voga (Treatise on the Hydrocele p. 21). Pietro Cagnacci, scolaro dei Nannoni, dice di aver veduto con *ottimo esito* la suddetta allacciatura da' suoi maestri, egli medesimo avendola poscia eseguita felicemente in un bambino che teneva un *oscheocele libero* (I vantaggi dell' arte salutare moderna dimostrati per mezzo di alcune osservazioni medico-chirurgiche. Firenze 1785 oss. IX). Ma il Nessi, che pur vide parecchie volte fare l'allacciatura del sacco erniario in S. Maria Nuova dall' Angelo Nannoni e sempre in *fanciulli*, giudicava siffatto espediente, oltre che poco sicuro riparo contro la recidiva, pericoloso quanto la stessa erniotomia (Istit. di Chir. Pavia 1789 IV 285); siccome anche il Benevoli fu d' avviso (Dissert. Firenze 1747 Diss. I p. 35.)

(4) De nonnullis cranii ossiumque fracturis , de raris herniis etc. Bononiae 1751 p. 34.

Il Dott. Salvolini in una dissertazione premiata dalla Società Medica di Bordeaux, fatta diligente esposizione dei *trattamenti consigliati e messi in uso per ottenere la cura radicale dell'ernia sciolta*, ed esaminati tutti questi metodi secondo le proprie e le altrui osservazioni ed esperienze, conchiudeva col dire che i processi tentati pochissime volte corrispondono al desiderio; che spesso vi sono recidive, ovvero conseguenze gravi e mortali; onde che non resta per la cura radicale che l'applicazione secondo le regole d'un buon cinto (1). Ma la conchiusione, oltre che non scende rigorosamente dalle premesse, per le cose dette e per i fatti addotti è eccessivamente severa.

Chiudiamo il paragrafo con un breve cenno storico intorno i cinti. La fasciatura descritta e forse immaginata da Celso, non essendo che una fascia, la quale nell'un capo avea una palla fatta di pezza da apporsi sul luogo della protrusione e con la restante parte si cingeva strettamente intorno, non poteva essere valevole riparo per contenere le intestina in tutte le specie d'ernia: nè Celso veramente la proponeva che per i piccoli fanciulli (2). Nondimeno questo fu il brachiere adoperato fino a che nel secolo XIII Lanfranco di Milano v'addattò un cuscinetto posto sopra uno scudo metallico (3); ma ai tempi di Marco Gattinaria, cioè nella seconda metá del quattrocento, i cinti erano già stabili: *est optima ligatura* (dice il Professore pavese nella sua sposizione del Libro Nono di Almansor) *quam ego fieri feci pluribus Papiae. Est unus ferrarius in S. Joanne in Burgo qui facit Bragerios ferreos, et sunt optimi, et multum juvantes* (4).

Il Dott. Agostino Monza negli ultimi anni del secolo passato si giovò forse pel primo del *caoutchouch*, o gomma elastica, per formarne palloncini, che doveano blandemente ritenere, adattandosi alle diverse parti, i visceri tendenti ad uscire dal proprio sito (5). A tutti poi è noto quanto lo Scarpa con i suoi lavori contribuisse a render più razionale la costruzione dei cinti, e più retto il loro uso. Anche il Dott. Sebastiano Zavaglia occupossi alquanti anni fa di quest'argo-

---

(1) Gaz. med. Stati Sardi 1856 n. 4-10.

(2) De Medic. L. VII C. 20.

(3) Practica Magistri Lanfranci Doctr. III Tract. III Cap. 6.

(4) Papiae 1519 fol. 122 b.

(5) L'elastico compressore dell'ernia inventato per quelle nelle quali riescono inutili o pericolosi i noti ripari. Parma 1787.

mento: e s'egli con quello che proponeva non giunse a correggere i difetti dei cinti comuni, certo è che i difetti degli altri seppe accortamente scoprire e additare (1).

(*Capo 77.°*)

MALATTIE DELL'ANO E DELL'INTESTINO RETTO. – EMORROIDI. FISTOLA E RAGADE. – PROLASSO. – CANCRO. – CORPI ESTRANEI. ATRESIA DEL RETTO E DEVIAMENTO DELL'ANO. – ANO ARTIFICIALE. RESTRINGIMENTO DEL RETTO.

Fra le malattie dell'ano e dell'intestino retto che cadono nel dominio della chirurgia, le emorroidi e le loro sequele sono certamente le più frequenti. Monteggia ben si appose chiamando le emorroidi *tubercoli varicosi*, e andando contro all'opinione imposta dallo Stahl che beato s'avesse a dire colui che dal podice si purgava delle superfluità del sangue; scriveva, ciò che poscia altri come cosa nuova bandiva, che se le emorroidi sono alle volte uno *sfogo* od una *crisi* d'altra malattia, od un *supplemento* ad altra evacuazione soppressa, generalmente parlando sono esse un incomodo che è meglio di non avere, poichè portano diversi disturbi, talvolta gravi (2).

Intorno la fistola all'ano fin dal secolo XVII Pietro De Marchettis scriveva un buon trattatello: egli ebbe la buona idea d'introdurre nel retto, quando la fistola sia alcun poco alta, acciocchè il taglio sia più sicuro, nè la parete opposta dell'intestino rimanga offesa «cannula rotunda, altero extremo clausa', altero vero latere fissura patefacta, in cujus medio lana mollis vel gossypium lateat, nec acies

(1) Intorno ad un nuovo cinto elastico ecc. (Bullet. Scien. med. Bologna 1847 XI 21).

(2) Instit. chir. Cap. XV § 1745, 1746.

scalpelli hebetetur (1) ». Filippo Masiero, chirurgo nell' ospedale di Padova, maggiormente divulgò questo metodo (2): parecchi chirurghi d'Olanda e di Germania tentarono di perfezionarlo, ma dice Percy altro non fecero che guastarlo (3). Giambattista Valtolini nel 1790 pubblicò in Bergamo un opuscolo, che per altro volle chiamare *Trattato della fistola all'ano*, nel quale combatteva la volgare opinione che tal vizio possa essere utile, ed in qualche maniera contribuire a mantenere vita longeva. Vi descriveva altresì una sua *forbice* per tagliare la fistola introducendo, giacchè separabili n'erano le lame, la più sottile a modo di tenta ottusa sull'apice nel seno, l'altra più grossa e tagliente nel retto, e poscia riunendole e fermandole con vite nel mezzo. Ma se niuna buona ragione raccomandava quest'ordigno come strumento da taglio, acconciamente convertito in pinzette o mollette comprimenti dovea poi, ed ora lo vedremo, divenire utilissimo in certe particolari condizioni della fistola anale. Intanto facciamo cenno del diligente Commentario, che su quest' infermità non molti anni addietro dettava il Prof. Burci (4).

Tiene egli che la fistola abbia origine in un sacchetto emorroidario esulcerato, e nell'esulcerazione di qualche duplicatura della mucosa nella parte inferiore dell' intestino retto; donde con progressione eccentrica tocca l'ano e le parti vicine. Con tale concetto divide le fistole anali in due varietà o forme: *fistola completa* se aperta internamente ed esternamente, *incompleta* se mancante dell' apertura alla superficie cutanea. Che se a scanso di confusione di linguaggio si volesse ritenere la classificazione comunemente accettata, il Prof. Burci chiamerebbe *fistola cieca esterna* quella che non ha apertura nella superficie cutanea, ma soltanto nell' intestino, cioè la fistola intestinale progrediente; e *cieca interna* quella che non ha comunicazione coll' intestino, e che per esso lui sarebbe la piaga sinuosa delle vicinanze dell' ano.

Il Flajani avea già detto (5), ed il Burci, conferma, che quando siavi

---

(1) De fistulis ani et intestini recti. In: *Petri De Marchettis*, Observat. medico-chirurg. Sylloge. Patavii 1674 p. 145.

(2) La Chirurgia compendiata. Venezia 1702 IV ediz. p. 264.

(3) Observation sur l'usage d'un gorgeret de bois dans l'opération des fistules à l'anus (Journ. de Médec. Paris 1790 LXXXII 265).

(4) Pisa 1857.

(5) Collez. d'Osserv. II 79.

indicazione d'operare, a tutti i metodi è da preferire l'incisione, perchè più semplice più facile e meno dolorosa: gli altri metodi o sono insufficenti come l'*injezione* (1), la *cauterizzazione*, la *compressione*; o sono inutilmente gravi e dolorosi, come la *escisione* ed *estirpazione*; o sono eccezionali, quali la *legatura* e la *cangrenazione* del tramite fistoloso per mezzo dell'enterotomo. Cotesto metodo di far cadere in cangrena il tramite fistoloso mediante le pinzette enterotome allorachè la fistola sia molto alta, fu messo felicemente in pratica dal Dott. Senna di Melegnano, e pubblicato sin dal 1845, chè quanto dire 8 anni prima che Gerdy esponesse il suo metodo, *par pincement*, per la cura delle fistole all'ano, metodo che per nulla differisce tanto nei mezzi che ne' modi da quello adoperato dal chirurgo lombardo, e successivamente dal Rizzoli (2). Il quale professore anche modificò l'enterotomo per modo che le branche, a *divaricazione parallela* strette con vite, fossero capaci di comprimere e schiacciare egualmente in ogni punto la parete del seno su cui doveano essere applicate. Il primo infermo in cui il Rizzoli si giovò del suo enterotomo avea altresì a cagione delle incisioni fatte per rimediare alle molteplici fistole una squarciatura all'ano lunga parecchi pollici, in forma di *ipsilon*, i cui rami si univano alla punta del coccige. Per rimediare all'ampia cavità ed all'incontinenza delle feccie che ne seguiva, il Rizzoli fece la sutura della natica e dell'ano *(Glutoproctorafia)* incidendo, cruentando ed unendo prima i due margini dell'un lato, quindi quelli dell'altro, mediante la sutura clavata e compiendo la riunione, staccando e traendo i tegumenti delle parti vicine con un lembo triangolare. Mercè di quest'operazione l'orifizio anale riebbe le naturali dimensioni, potendo l'infermo trattenere non che gli escrementi, i flati ancora (3). Ma l'enterotomo del Dupuytren malagevolmente s'introduce nelle fistole a tramite stretto: quindi il

---

(1) Il Prof. Madruzza di Perugia ha voluto rimettere in onore le injezioni irritanti nella cura della fistola all'ano: e veramente egli dava per guarita una fistola ano-uretrale curata con l'injezione d'acetato di ferro (Raccoglit. med. di Fano 1857 XV 366). Lo stesso ha pur fatto il Dott. Bellucci adoprando invece la soluzione carica di nitrato d'argento (Filiatre Sebezio 1859 LVI 63).

(2) Gaz. med. Lomb. A. 1845 IV 349. — *Taruffi C.*, Rettificazione storica intorno al metodo per mortificazione nella cura delle fistole all'ano (Bullet. Scien. med. 1854 I 7).

(3) Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1852 III 75.

Dott. Puglioli inventava un nuovo enterotomo in cui la branca, che si mette dentro nel cunicolo della fistola, ha forma e grandezza non maggiore della guida ordinaria; e poichè esso stringe con molta forza non occorre lasciarlo in posto che 24 o 36 ore, con che verrebbero evitati parecchi inconvenienti di cui il metodo del cangrenamento cimentato dal Senna è incolpato (1).

Il Borelli per guarire le fistole anali molto distanti proporrebbe di sostituirne una più superficiale, cioè più prossima all'orifizio dell' intestino, con la vista di deviare l'umore purulento dall' inveterato tragitto, e mettere questo in migliori condizioni per chiudersi (2). Ei mise in pratica in un caso questo suo pensiero, il quale fa sovvenire l'*abolizione naturale di una fistola all'ano dopo di averne operata una della di lui parte opposta*, osservata dal Nannoni (3). L'esperienza giudicherà del valore di questo metodo razionale.

La legatura come metodo di cura radicale della fistola all' ano fu dal Dott. Villaroja di nuovo raccomandata, suggerendo per ciò alcune modificazioni al processo comune (4): ma, già lo dicemmo; il metodo potrà servire soltanto in casi insoliti e fuori della regola, siccome parve anche al Galbiati (5). Similmente la legatura delle emorroidi interne, sì acerbamente condannata dal Petit e da altri, trovava valido difensore nel Riberi, il quale suggeriva alcuni perfezionamenti per renderne il processo semplice e facile (6). Il Flajani preferiva in generale il taglio, serbando l'allacciatura per le emorroidi la cui base sia molto angusta (7). Alla legatura il Prof. Gallozzi sostituisce la costrizione per mezzo dell'enterotomo di Dupuytren, e quindi l'escisione del tumore rapidamente schiacciato. Questo modo di cura, già felicemente adoprato dall'autore in 10 casi, merita considerazione siccome quello che porge diversi vantaggj, soprattutto se i tumori siano molto in alto, e importi grandemente di evitare l'emorragia (8). Noi vedremo che il Prof. Rizzoli ebbe di mira lo

---

(1) Bullet. Scien. med. 1859 XI 65.
(2) Raccolta di Osserv. clin. patol. II 533.
(3) Trat. delle malattie chirurgiche II 321.
(4) Rendic. dell'Accad. med. chir. di Napoli IV 86.
(5) Memorie chirurgiche. Napoli 1835 p. 69.
(6) Giorn. delle Scienze med. di Torino 1846 XXVII.
(7) Collez. di Osservaz. II 221.
(8) Il Morgagni 1869 p. 235.

stesso scopo nella cura di certi polipi uterini, e che a tal fine immaginava una particolare pinzetta *schiaccio-incisiva* (1). L'operazione della fistola, come tante altre, con nuovi strumenti si volle rendere quando più facile, quando più sicura; ma veramente della maggior parte di tali strumenti non ve n'era, come non ve n'è necessità (2).

Della dolorosissima fessura all'ano il Dott. Melchiori ha scritto una buona memoria. Conferma che il sesso femminile vi è più soggetto dell'altro (in 25 casi da lui osservati 16 erano donne), operando nella donna una causa speciale, il parto: di fatti delle predette 16 inferme, 13 saggiacquero alla fessura dopo aver partorito. Il mezzo di cura da cui il nostro chirurgo ritrasse miglior frutto, fu la dilatazione istantanea forzata, ottenuta stirando con gl' indici introdotti nell'ano il cingolo contratto degli sfinteri. Ma questa dilatazione, dice lo stesso Melchiori, riescirebbe forse più *uniforme in tutti i sensi* applicando lo strumento proposto dallo Scarenzio, il quale è uno *speculum ani* trivalve, in cui, per evitare l'incoveniente che venga rispinto intanto che si apre, le estremità delle valve terminano a foggia di oliva (3). Il Riberi, che annoverava alquante guarigioni di vera fessura con ispasmo dell'ano avute mercè alla recisione, faceva opportunamente notare che con il generico nome di *fessure all'ano* molti comprendono malattie di diversa origine e di diversa essenza, alcune delle quali possono benissimo guarire con mezzi incruenti, e con semplici pomate (4).

Nel prolasso dell'intestino retto il Flajani raccomandava (posciachè ogni macchina, ei diceva, riesce sempre incomoda e difficilmente

---

(1) Vedi il Cap. 83.

(2) *Ferni*, Cannula proposta in sostituzione della cucchiaja di Desault (Atti del Congresso di Milano). — *Trinchera*, Coltello nascosto per l' operazione della fistola all' ano (Atti del Congresso di Napoli). — *Fusco*, Nuovi strumenti per l' operazione della fistola all' ano (Rendic. dell' Accad. med. chir. di Napoli 1852 VI 10) — *Giampietro*, Sopra un nuovo bistorì nascosto per l' operazione della fistola all' ano (Filiatre Sebezio 1850 XXXIX 145). — Lo strumento del Valtolini, di cui più sopra abbiamo detto, adoprato a guisa di forcipe serviva anche per produrre comodamente la dilatazione; e prima ancora il Brambilla esponeva nel T. III A. 1767 dell' Estratto della Letteratura Europea il suo apparecchio per l' operazione della fistola all' ano oggi abbandonato per difetto di semplicità e di speditezza.

(3) Ann. un di Med. 1860 CLXXIV 77 — *Melchiori Gio.*, Della fessura all' ano, e più particolarmente della sua eziologia (Ivi CLXXXVII 362).

(4) Opere minori II 584.

produce l'effetto che si desidera) la fasciatura guarnita d'un pezzo di spugna; perchè la più adattata e la meno incomoda per il paziente (1). Cotesto metodo, favorito anche dal Monteggia (2), è stato rimesso in uso dal Prof. Rizzoli e meriterebbe d'essere, più che non suole, specialmente ne' fanciulli, adoperato (3). Il Prof. Palasciano si è pure servito della corrente galvanica nella cura del prolasso dell'ano: in questo metodo oltre l'azione propria, dinamica e termica, dell'elettricità, deve pure tenersi conto del restringimento della pelle e della mucosa, che circonda l'apertura dell'ano, prodotto dalla suppurazione eccitata dagli aghi a cui s'attaccano i reofori, e lasciati, anche dopo cessata la corrente, confitti nella parte (4).

L'ardita operazione del Lisfranc per recidere i tumori cancerosi dalla porzione inferiore dell'intestino retto fu per la prima volta eseguita in Italia dal Baroni nel 1831 (5); quindi nel 1833 dal Da Camin di Trieste (6), nel 1834 dal Cerulli d'Anghiari (7), e successivamente fino al 1840 dal Torri di Ferrara (8), dal Malagodi (9), dal Rizzoli (10), dal Regnoli (11) ecc. Il Rizzoli poi nel 1852 per torre porzione d'intestino canceroso usò la legatura, stringendo in alto e separatamente con un laccio le due metà del tumore diviso pel lungo (12).

Di un particolare processo operatorio del medesimo Prof. Rizzoli per la cura dei polipi del retto intestino, verrà il destro di parlare nel Capitolo destinato ai polipi dell'utero. Ora faremo semplicemente ricordo della storia del Dott. Nicolò Rainis, medico friulano del secolo

---

(1) Collez. d'Osservaz. II 36.

(2) Instit. chir. Cap. XV §. 1286.

(3) Bullet. Scien. med. 1868 V 392.

(4) *Porzetta*, Trat. di operaz. chir. II 358.

(5) Bullet. Scien. med. 1840 IX 33.

(6) An. un. di Med. XCVIII 585.

(7) *Cerulli*, Raccolta di alcune memorie. Firenze 1838. — Nel malato del Cerulli, ragazzo di 13 anni, l'intestino era prolassato e ricoperto di *cancerose* vegetazioni.

(8) Sull'estirpazione d'un cancro dell' intestino retto. Bologna 1837.

(9) Raccoglit. med. di Fano 1841 VII 129.

(10) Bullet. Scien. med. di Bologna 1840 IX 330.

(11) Ann. med. Chir. di Roma. A. 1840. — *Civinini*, Indice degli articoli del Museo d'Anatomia di Pisa. Lucca 1842 p 91.

(12) Bullet. Scien. med. di Bologna 1853 XXIII 164.

scorso, circa un grosso polipo spontaneamente espulso dall' intestino retto dopo che l' infermo, a cagione del molto sangue perduto, era ridotto a mal partito (1). Non senza pregio è altresì l'osservazione del Molinelli d'un uomo, il quale con le proprie mani strappossi dall'ano, senza che danno gliene venisse, certo corpo simile a carne fungosa lungo una spanna e più, che conteneva, cavo essendo di dentro, poche aride feccie ed alquanti calcoletti, probabilmente di colesterina, ma essi pure cavi e pieni di nera e fetida morchia (2). Ciò detto mettiamo innanzi alcuni casi singolari di corpi estranei introdotti nell'ultima porzione dell' intestino.

Giuseppe Buzani, chirurgo primario nell'ospedale de' Ss. Maurizio e Lazzaro di Torino, ebbe ad estrarre una chicchera da caffè, che un tale s' introdusse nel retto per rimediare, fu detto, all'ostinata stitichezza del ventre (3). Una boccetta di vetro lunga 5 pollici, e della capacità di circa 5 oncie cavò fuori intera dal podice il Dott Cumano, giovandosi del forcipe del Boër di Vienna (4). Un' altra boccia, alta mezzo braccio toscano (circa 30 centimetri), fu dal Dott. Sgricci d'Arezzo estratta da un sozzo vecchio, cui fu d'uopo ampliare l'ano con un'incisione (5). Al Dott. Coluzzi di Napoli toccò similmente di estrarre un grande bicchiere da vino, il quale era stato introdotto nell'orifizio del sedere tutto intero e pel fondo; ma per le rozze e lunghe manovre di un maniscalco se n' era spezzato in molti fratumi: ne seguirono gravi accidenti; nondimeno quello sciagurato si salvò (6). Piacque ad altri di cacciarsi dentro l' intestino un grosso tappo di legno (7), ovvero un fuso (8), un lisciatojo da calzolajo, quella mazzetta cioè di legno bosso curva nel mezzo che serve a levigare le suole, lungo 12 pol-

---

(1) *Orteschi*, Giorn. di Med. 1768 VI 305, 329.

(2) Bonon. Instit. Comment. T. II P. I p. 158.

(3) Strano avvenimento di una chicchera a caffè. Lettera ecc. Torino 1778.

(4) An. un. di Med. 1838 LXXXVIII 378.

(5) *Nannoni*, Trat. di Chir. Siena 1785 III 301.

(6) *De Rensis*, Patol chir. V 425.

(7) *Ruffini*, Corpo estraneo di smisurata mole estratto dal retto (Repertorio med. chir. Torino 1828 p. 157). — Il pezzo di legno essendo bucato nella base venne estratto mercè una vite mordente fatta entrare in quel foro.

(8) *Fornasa Gaetano*, Estrazione d'un fuso introdotto nell'ano e portato stranamente in un tumore alla sommità d'una natica (*Orteschi*, Giorn. di Med. 1765 III 10). — *Civinini*, Indice degli articoli del Museo d'anat. fisiol. e patol. dell' Univ. di Pisa. Lucca 1842 p. 117.

lici (1); ad altri uno scalpello di ferro lungo un quarto di metro e largo 6 centimetri (2), un pestello (3), un bastone di legno assai lungo e grosso (4), ed anche un piccolo pezzo d'osso (5).

Tutti costoro furono con buona fortuna liberati di quegli strumenti di strana lascivia. Non così l'uomo, di cui il Dott. Montanari narrava la storia, il quale si spinse dentro l'intestino prima un pestello da mortajo lungo 30 centimetri e largo quasi sette, quindi uno strumento conico lungo più di mezzo metro, ed anche più grosso dell'altro (6). Non per intemperanza carnale e per osceno diletto (7), ma per nulla cacciar fuori del corpo, sperando con ciò di risparmiare la spesa del vitto, un villano diceva di essersi turato il foro della parte deretana con una zeppa! Dopo 9 giorni di atrocissimi dolori, non trovando altra maniera di soccorso efficace, il Dott. Reali di Orvieto aperse il ventre del disgraziato; e neppur ciò bastando per ispingere in basso il turacciolo tagliò il colon discendente (!!) e ne trasse fuori un pezzo di legno in forma di cono troncato lungo ben 23 centimetri, bernoccoluto e largo dai 9 ai 10 centimetri; dopo 40 giorni il villan-

---

(1) *Ugolini*, Osserv. sopra bizzarra introduzione di corpo straniero nel retto (Raccoglit. med. di Fano 1843 XII 63).

(2) *Turchini*, Estrazione di un voluminoso corpo estraneo dal colon discendente (Lo Sperimentale 1865 XVI 439). — In un uomo morto nella clinica di Pisa del Prof. Vaccà fu trovato che un grosso e lungo pezzo di ferro, detto chiavarda in termine di marineria, era salito, introdotto per l'ano, fino al più alto della flessura sigmoidea del colon (*Cantoni*, Note alla Chirurg. del Richter VII P. II 217).

(3) *Scarenzio A.*, Caso di manustuprazione pederastica (Gaz. med. Lomb. 1863 p. 305.)

(4) *Reali*, Gastro-enterotomia ecc. Vedi sopra Cap. 65. — *Peyrani*, Di un voluminoso corpo estraneo nel colon discendente (La Cronaca medica. Gennajo 1866). — *Zanini G.*, Libidine contro-natura (Gaz. med. lomb. 1863 p. 251). Il caso narrato dal Dott. Zanini è importante anche per ciò che sebbene il soggetto, al quale venne tratto fuori dal retto un cilindro di legno foggiato a guisa di pene lungo 22 centim. e largo nel maggior giro 14, fosse avvezzo da molto tempo a cotesta specie di manustuprazione, gli sfinteri non aveano per nulla perduto della loro contrattilità, e l'ano conservava le proprie rughe, od increspature.

(5) *Barbieri Agostino*, Cotrosso di pollo estratto dall'intestino retto (Gaz. med. Lomb. 1870 n. 11.

(6) Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino 1860 XXXIX 467.

(7) Il sasso che estrasse il Prof. Casali di Camerino, la pannocchia di frumentone che pure estrasse il Marzuttini di Udine, non furono intromesse nell'intestino per disordinata libidine, ma cacciativi per altrui violenza (Bullet. Scien. med. 1851 XX 214. — Gaz. med. Prov. Venete 1862 p. 421).

zone era del tutto guarito (1). Potè invece lo Scarpa mediante una grossa sciringa introdotta nel retto e quindi armata di specillo metallico far discendere in basso, ajutandosi con acconci maneggiamenti sul ventre, un bastoncello che un tale s'era cacciato per di sotto affine di rompere le scibale indurite. L'estrazione non era facile perciocchè il bastoncello messosi obliquamente con l'estremità superiore spingeva in fuori la parete addominale nella regione iliaca sinistra, e con l'inferiore premeva contro il lato destro della pelvi, dando all' intestino medesimo una piega angolare (2). Laboriosa altresì fu l'operazione per trar fuori quel cono di legno lungo 55 millimetri e quasi 4 volte tanto largo alla base, cui, per ischiacciare le emorroidi che l'infastidivano, un tale, secondo cui narra il Ciniselli, si calcò dentro il retto sopra la punta del cono assidendosi. Si giunse infine a cavarlo con la leva ostetrica francese, e l'*emoroidario* presto era sanato (3).

Il Prof. Rizzoli per rimediare all' atresia congenita dell' ano con isbocco dell' intestino retto nella vulva ha immaginato un processo quanto ingegnoso, altrettanto semplice. Tagliate le carni della forchetta fin verso la punta del coccige, ed isolata la porzione deviata dell' intestino, non che la sua apertura vulvare, conduce la medesima verso la regione coccigea, e ve l' innicchia per mezzo di alcuni punti di sutura. La maniera di operare del Rizzoli ha somiglianza con quella del Dieffenbach; ma il processo del chirurgo tedesco ha lo svantaggio di esigere non una sola, bensì due operazioni cruenti in diversi tempi, la prima delle quali produce un' apertura, che mette in comunicazione l' estremità posteriore ed inferiore del retto e la vagina, tanto ampia da non potersi poi chiudere che difficilmente mediante la sutura cruenta. Non crede per altro il Rizzoli, malgrado gli ottimi effetti avutine in 4 casi, che il suo processo possa soddisfare sempre al bisogno; giacchè molte e varie anomalie anatomiche alla più semplice e comune potrebbero aggiungersi, o complicarsi da costringere a variare od a cambiare affatto l' operazione (4).

---

(1) Bullet. Scien. med. 1851 XX 209.

(2) Opuscoli di chirurgia. Pavia 1826 II 186.

(3) Sopra il Gabinetto anat. patol. di Cremona Relazione p. 103.

(4) Di un'atresia congenita dell'ano in una fanciulla con isbocco dell'intestino retto nella vulva (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1857 VIII 51). — Bullet. delle Scien. med. 1864 XXII 346. — Mem. sud. 1866 V.

Sono noti i due metodi di Littré e di Callisen per formare l'ano artificiale; sono pur noti i pregj e gl' inconvenienti di entrambi. Ora il Prof. Giorgio Pellizzari propone, date favorevoli condizioni, ed esclu-se gravi forme teratologiche, di eseguire l'ano artificiale e per l' apertura avventizia scandagliare il cilindro, che resta fra essa e l'ampolla rettale chiusa: quando esista il canale anale vengasi con adatto strumento a riscontro del perineo, e pongasi in comunicazione il retto con l'ano. Per tal modo l'ano artificiale praticato per urgenza potrebbe essere un primo tempo preparatorio dell'operazione, che avrebbe compimento riconducendo l' intestino al perineo. Cotesto processo, conchiude l'autore, non può esser fatto generale, nondimeno in certi casi può utilmente venire praticato: ed esso merita considerazione da parte de' chirurghi (1). Debbono altresì venire ricordate le diligenti indagini di anatomia topografica del Dott. Francesco Vella di Napoli per instituire l'ano artificiale nella fossa iliaca destra, incidendo la porzione del cieco che non rimane coperta dal peritoneo (2).

Di alcuni morbi del retto, e particolarmente del *restringimento*, trattò il Palletta in una delle sue Dissertazioni chirurgiche (3). Prima ancora che il Desault pubblicasse le sue osservazioni, il nostro chirurgo ebbe opportunità di studiare il restringimento dell' intestino retto senza scirrosità; e quindi di persuadersi che non sempre tale malanno succede per commercio impuro e contro natura. Del qual avviso s'è pure mostrato il Borelli pubblicando alcune annotazioni statistiche e patologiche per servire allo studio dei restringimenti con degenerazione del retto (4); e ciò contro l'opinione di Gosselin, che li considera *lesione locale* o di *vicinanza* consecutiva d' una *modificazione tutta speciale della vitalità* ne' tessuti contaminati dal virus sifilitico *(virus chancreux)*. Ne' restringimenti del retto, contro cui non valgono i consueti metodi di cura locale e generale, il Borelli raccomanda l'escisione susseguita dalla cauterizzazione da lui praticata cinque volte con ottimo risultamento. Ma questo metodo, come dice lo stesso autore, non è che un' *áncora di guarigione* ne' casi disperati.

---

(1) *Filippi Angiolo*, Sopra tre casi di atresia ano-rettale congenita (Lo Sperimentale 1869 XXIII 183).

(2) *Panzetta*, Trattato di operaz. chir. Napoli 1864 II 339.

(3) Venezia 1795. (Giorn. per la Stor. ragion. della Medic. X P. II 159, 173, 193).

(4) Raccolta di Mem. chir. II 205.

E. — GENITALI VIRILI.

(*Capo* 78.°)

DI ALCUNE AFFEZIONI DEL PENE. — OPERAZIONE DEL FIMOSI. — PEOTOMIA.

Nel trattare delle malattie delle parti genitali dell'uno e dell'altro sesso, prescinderemo dalle molteplici affezioni veneree, giacchè la sifilologia non entra punto nel piano del nostro lavoro. Neppure abbisogna far parola delle ferite del pene e delle escrescenze cornee che talora vi si formano, giacchè sotto i Cap. 13 e 64 ne fu discorso (1): e così di parecchi altri argomenti esposti in più generali rubriche. E però noi possiamo senz'altro passare a dire dell'amputazione della verga, premesso soltanto un cenno sopra qualche altra cosa non comune a vedersi. Tali sono i due casi di *sclerosi del pene* notati dal Dott. Brizio Cocchi: in entrambi pareva che l'enorme grossezza provenisse da scirro; ma in verità non era effetto che dell'indurimento del prepuzio per cagione di fibroma poco a poco formatosi, e che, operando come nella fimosi inveterata, venne agevolmente reciso (2). Al Prof. Regnoli accadde di operare un ufficiale a cui eransi *ossificati*, consecutivamente a patita contusione, i corpi cavernosi sui lati e nella radice: la parte alterata venne escisa e legata l'arteria dorsale. Il Pétrequin passando per Pisa vide l'infermo 20 giorni dopo che l'operazione era stata fatta: ogni cosa procedeva bene, ed anche

(1) Narrava il Cotugno d'aver veduto sull'asta d'un uomo una verruca « lunga un pollice e con base rossa pe' molti vasi sanguigni che conteneva, per tutto il resto aveva color oscuro; figura ritorta, durezza ossea, ed era anche sonora. Fu legata, indi aperta e si trovò filamentosa (*Ruggiero Pietro*, Elem. di Chir. med. Napoli 1803 I 260) ».

(2) Gaz. med. Lomb. 1866 p. 428.

era rimasta l'attitudine all'erezione (1). Il Dott. Domenico Di Stefano lasciava nella metà del secolo scorso memoria di fatto sorprendente, al quale niuno vorrebbe prestar fede, se ne' modi più solenni quegli non avesse procurato di affermarne l'autenticità. Tratterebbesi di un contadino di Siracusa sui 40 anni, il quale dopo aver avuto un tumore nell'inguine destro, che coi mezzi comuni si risolvette, vide gonfiarsi i genitali in modo che il pene toccò la lunghezza di oltre due palmi e mezzo geometrici, (più di 60 centimetri), e quasi doppia grossezza alla base, il giro dello scroto, compresa la radice del membro, essendo non minore di 5 palmi, tre oncie e 7 linee. Ma poichè niun'altra notizia è aggiunta a questa delle misure, in fuori che il villano godeva buona salute e poteva benissimo attendere ai faticosi suoi lavori, mal saprebbesi riferire a determinata alterazione questo singolarissimo esempio di parziale *gigantismo* (2). Dal novero de' fatti volgari si trae fuori quello osservato dal Dott. Penada, e cioè che 106 calcoli formaronsi tra il prepuzio, dilatato in guisa di sacca, ed il glande di un soggetto afflitto da fimosi, verisimilmente, dice l'autore, in conseguenza dello sgocciolarvi entro l'orina, angusto essendo l'orifizio dell'uretra (3). Ma è pure probabile che in questo giovane la cosa andasse in modo consimile che nell'altro di cui narra la precisa storia il Dott. Vanzetti; il calcolo cioè, che è da credere fosse renale, soffermatosi fin dalla prima infanzia nell'uretra, avea rosa la superficie inferiore di questo canale, e formatosi una nicchia dura e coriacea tra le due pagine del prepuzio, v'era cresciuto tanto da toccare il peso di 224 grammi, gli strati concentrici d'acido urico alternando con gli altri di fosfato di calce (4).

Circa l'operazione della fimosi merita particolare menzione il

(1) *Pétrequin*, Fragments d'un voyage médical en Italie (Gaz. méd. de Paris 1837 p. 724).

(2) Giorn. dei Letter. di Firenze A. 1755 col. 748.

(3) Mem. sulla formazione d'un gran numero di calcoli in luogo insolito (*Brera*, Giorn. Med. prat. 1817 VII 5). — Sei calcoli di fosfato di calce, estratti dal prepuzio chiuso dalla fimosi in un giovine, sono notati nella *Litologia* del Brugnatelli. Nella *Pratica* di Girolamo Marini (Cap. VI p. 126) è pure narrato il caso di due calcoli grossi come castagne, formatisi tra il prepuzio, ed il glande di un fanciullo di dieci anni, da quel litotomo cavati fuori, incidendo il prepuzio con grande sua meraviglia: giacchè simil accidente era per lui affatto nuovo, nè aveane letto verun altro consimile.

(4) Bullet. de la Soc. anat. de Paris A. 1844.

processo del Dott. Melchiori; il quale consiste nel praticare prima la circoncisione, conservando più che si può della pelle del prepuzio, nell'esciderne la mucosa, lasciandone piccola porzione alla sua base, affine di annestarvi la cute, che in seguito serve e formare un nuovo prepuzio parziale. L' autore non vuole già che cotesto modo di operare possa servire in tutti i casi di fimosi: ei medesimo avverte le circostanze che non lo permettono, siccome quando troppo guasta sia la pelle, od anche la mucosa; così che non potendosi l'una all'altra congiungere, neppure potrà formarsi il novello cappuccio al glande (1). Il Prof. Riberi operando la fimosi usava di spaccare il prepuzio con bistorì guidato su piccola ed acuminata tenta, la quale avea traforato la radice del prepuzio stesso, quivi dianzi condotta mercè di altra tenta parimente solcata ma aperta nella punta. Poscia con punti di sutura intercisa procurava la riunione delle parti tagliate per prima intenzione, come dopo l'operazione del labbro leporino (2). Il Dott. G. B. Borelli con fatti a lui capitati nella sua pratica metteva in vista le malattie genito-orinarie prodotte, o simulate dalla fimosi congenita. Per la quale operazione egli immaginava altresì una particolare pinzetta tricuspidata da introdursi chiusa tra il glande ed il prepuzio, facendone divergere le branche col torne la guaina, per afferrare e stirare innanzi la mucosa, che nella circoncisione suole rimanere esuberante quando semplicemente si spinga indietro la pelle del pene prima di cominciare il taglio (3). Ma a questo modo l'operazione riescirà più lunga, e quindi più molesta; nè sempre possibile sarà l'uso del predetto strumento (4).

Nel secolo passato il Benevoli, imitando Ruischio, estirpava due

---

(1) Gaz. med. Lomb. 1850 p. 388.

(2) Giorn. delle Scien med. di Torino 1841 XIII 171.

(3) Gazzetta med. Stati Sardi A. 1852.

(4) Il Dott. Carlo Giacomini volendo schivare l'uso di speciali strumenti, e volendo che l'operazione della fimosi, seguendo il metodo della circoncisione, sia per quanto è possibile semplice e sollecita, propone, ciò ch' egli d'altronde ha molte volte provato, di trafiggere il prepuzio, afferrato in modo da comprendere eguale porzione di pelle e di mucosa, con due aghi che s' incrociano nel mezzo e davanti il ghiande; il quale per tal modo rimane spinto indietro: tagliata la parte di prepuzio che sopravanza, si conducon innanzi e quindi fuori gli aghi, che traggon seco il doppio filo che passa per la loro cruna: e con questi fili tagliati nel mezzo si fanno quattro punti di sutura intercisa, che servono a tener unita la mucosa con la pelle del prepuzio (L'Osservatore — Gazzetta delle Cliniche di Torino A. 1870).

volte il membro genitale cancheroso per mezzo dell'allacciatura, ed una volta con felicissimo successo (1): il timore dell'emorragia suggeriva questo metodo; e nondimeno quasi trecent' anni prima nella stessa Firenze il Benivieni ad un monaco, che, novello Origine, per zelo di castità si tagliò il pene rasente il pube, *prese ad uno ad uno tutti i vasi che davan sangue, e legolli in maniera che chiusa l'apertura, si riunissero* (2). I due Nannoni adopravano altresì l'amputazione col taglio (3); e così fu reciso dal Tanucci, chirurgo in S. Maria Nuova, il membro di quell'uomo, di cui narra la storia il Reghellini, tutto pieno di unghie e guasto da piaga cancherosa (4). Il Prof. Ruggieri fin dal principio del secolo attuale in una delle note apposte al Dizionario Enciclopedico di chirurgia, che stampavasi a Padova (5), proponeva di amputare il pene sovra d'una cannuccia d'argento introdotta nell' uretra, e munita nell' estremità d'un pezzo di siringa capace di pescare in vescica e di ricevere l'urina: tale cannuccia, che era tenuta in sito mediante anelli nel capo superiore, dava pure punto d'appoggio per la sezione che facevasi in due tempi (6), e per la compressione, che veniva fatta con una striscia di piombo, per arrestare l'emorragia (7). A questo modo il Prof. Ruggieri (senza che veramente si prefiggesse questo scopo) scansava eziandio la difficoltà, che secondo taluno s'affaccia quando abbiasi ad introdurre la cannula od il catetere cavo nell' uretra dopo l'amputazione: egli preveniva pertanto il Barthélemy, che voleva pre-

(1) Oss. XXVII. Dissertaz. Firenze 1747 p. 184.

(2) De abditis morborum causis etc. Obs. LXVIII.

(3) Trattato chirurg. della semplicità del medicare. Firenze 1761 p. 444. — Trattato di Chirurgia III 240.

(4) Osservaz. sopra alcuni casi rari ecc. Venezia 1764 Oss. I.

(5) A. 1810 T. IV p. 126.

(6) Nel primo tempo erano tagliati circolarmente gl' integumenti, coll'avvertenza di stirarli prima dalla parte del glande; nel secondo i corpi cavernosi mezzo pollice sopra il lembo della cute già retratta.

(7) Questo metodo d' amputare il pene fu quindi parecchie volte adoprato dal Ruggieri nella Clinica chirurgica di Padova, siccome informa il Dott. Bianchetti che del medesimo metodo servivasi per tagliare il pene guasto da *degenerazione fungosa verrucosa* d' indole celtica (Memor. della Medic. contemp. A. 1841 VI 13). La cannuccia, che prima era d' un sol pezzo, venne poscia divisa in due ed articolata mercè d'una vite, togliendo la metà superiore, poichè diventa inutile, compiuta l'operazione

cisamente s'introducesse la sciringa di gomma elastica prima di cominciare l'operazione, per tagliarla quindi insieme con il pene. Ma a questo modo si corre rischio che la porzione posteriore del tubo cada in vescica. Se non che, avvertiva il Velpeau, e prima di lui ancora il Dott. Marini, che più volte ebbe occasione di tagliare il membro, la predetta difficoltà è piuttosto immaginaria che reale, od almeno nella pluralità de' casi non è mai tale da mettere in soggezione il chirurgo (1). Piuttosto giova la sciringa, fatta la recisione dell'uretra, per evitare il graduato stringimento dell'orifizio di cotesto canale, e con esso la disuria, accidente, che sebbene da qualche scrittore messo in dubbio, veramente si dà, e che anche dal Riberi è stato osservato. L'Earle a tal fine nel 1823 propose, in una dissertazione diretta ad altro scopo e senza avere fatti proprj, d'incidere, compiuto il solito taglio circolare, longitudinalmente l'uretra in basso per tre linee, e per mezzo pollice la pelle che vi corrisponde (2). Il Gherini mise pel primo in pratica il progetto e con frutto, introducendo per altro nell'uretra una candela di cera e ripiegandola affine d'impedire la riunione immediata delle fatte incisioni (3).

Il Prof. Rizzoli con un processo assai semplice e spedito giunge ad impedire la temuta coartazione e chiusura, tagliando dal basso in alto ed obbliquamente in avanti l'uretra, e poscia raddrizzando, senza levarlo di luogo, il coltello per recidere a perpendicolo i corpi cavernosi. In tal modo si compie l'operazione in un sol tempo, e dal dorso del pene si trae agevolmente la porzione di cute necessaria per coprire i corpi cavernosi tagliati; giacchè la pelle stessa venne stirata indietro dalla mano sinistra dell'operatore, e tratta invece innanzi da un assistente l'altra della faccia inferiore. Nel 1864 in un'adunanza della Società di Chirurgia di Parigi il Dott. Follin molto lodava un processo per l'amputazione del pene, da lui attribuito a Ricord, il cui principale vantaggio è d'impedire il coalito de' margini dell'uretra divisa, formando nella parte inferiore della medesima una ferita in forma di V con le base anteriore. Il Prof. Richet disse che da 11 anni si serviva di

(1) Opuscoli della Soc. med. chir. di Bologna. 1830 VIII 36.

(2) On the influence of local irritation in the production of the diseases ecc. (Transact. med. chir. London. 1823 XII P. II 68).

(3) Gaz. med. Lomb. 1856 p. 233.

cotesto processo, del quale pertanto si credeva l'inventore (1): ma il Rizzoli fin dal 1846 mise in pratica e fece conoscere l'anzidetta sua maniera di amputare, la quale poscia in parecchie occasioni fu utilmente sperimentata (2). Lo stesso Prof. Rizzoli avverte, che il suo processo non può convenire che quando porzione di pene rimane sana. Allorchè il male si estenda fino al tratto di uretra ricoperto dalla base dello stesso scroto, egli, dopo aver diviso questo pel lungo in due parti ed asportato il pene guasto, seguendo la pratica di Baroni, ripiega all' interno il tegumento scrotale sul rispettivo testicolo per ricoprirlo, ed ivi lo ferma con alcuni punti di sutura, formando così come due grandi labbra in mezzo alle quali trovasi lo sbocco dell'uretra troncata, con che si ottiene facile l'emissione delle urine e si evita che gli umori s'infiltrino nello scroto e negli adjacenti tessuti (3).

Il Prof. Riberi ha pure fatto soggetto di speciale dissertazione la peotomia, soprattutto se la medesima debba praticarsi quando il guasto si prolunga molto avanti nello scroto, o nella porzione scrotale dell'uretra: le modificazioni da lui proposte mirano principalmente a schivare il pericolo di non trovare l'uretra fatta che sia la recisione; accidente ch' ei crede *facilmente* possa succedere allora che il taglio cada nella radice del pene. E però spaccato il canale dell'uretra, e staccata la radice dell'asta tutta all' intorno, ei l'afferra con un uncino insieme con gli altri tessuti capaci di rattrarsi poco sotto il luogo dove ha da cadere la recisione, la quale in fine è eseguita dopo avere introdotto il catetere in vescica, tenuto piegato in basso da un ministro (4). Ma pur volendo sfuggire il prementovato pericolo, in modo più semplice si può prima dell'amputazione introdurre la siringa in vescica.

Notammo altrove che il Prof. Palasciano volle far rivivere la pra-

---

(1) Gaz. des Hôpitaux 1864 16 et 23 Juil.

(2) *Natali Gaetano*, Nuovo processo d'amputare il pene adoprato dal Prof. Rizzoli (Bullet. Scien. med. 1846 IX 353, 1864 XXII 117). — *Peruzzi D.*, Amputazione del pene col processo del Prof. Rizzoli (Raccoglit. med. di Fano 1857 XVI 322). — *Consolini Camillo*, Amputazione del pene eseguita col metodo del Prof. Rizzoli (Bullet. sud. XXII 155).

(3) Bullet. Scien. med. 1867 III 22.

(4) Alcune considerazioni sulla peotomia (Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino 1850 VIII 547).

tica di Marc'Aurelio Severino di amputare il membro virile mediante il cauterio attuale (1): il Prof. Gorgone si è servito a tal fine della galvano-caustica di Middeldorpf (2).

(*Capo* 79.°)

TUMORI DELLO SCROTO. — IDROCELE.

Ai tumori elefantisiaci dello scroto assegnammo posto speciale nel Cap. 12. Ma cotesta borsa può ingrossarsi, oltre che per lo estendersi delle malattie circonvicine, e pel colare degli umori dalle lontane, anche per altre cagioni che diremo idiopatiche e locali. Un bell'esempio di tumore scrotale formato di pura pinguedine vide il Dott. Capsoni, e noi ne facemmo menzione parlando del lipoma. Il Prof. Ruggieri sotto all'articolo *Steatocele* del precitato Dizionario, narra l'importante storia di sclerosi dello scroto, a cui soppraggiunsero forti dolori lungo i cordoni con febbre, vomito e finalmente delirio. Morto il paziente, che era un giovane pescatore, e sparatone il cadavere, trovossi tra il dartos e le altre membrane oltremodo grosse una quantità di materia simile al sego più o meno duro; i testicoli compressi ed infiammati, i funicoli egualmente infiammati, il turgore infiammatorio esteso a tutte le parti circonvicine fino alla regione de' reni. Raro e curioso altresì è il caso di ateromi cretacei multipli dello scroto descritto dal Prof. Vanzetti sotto il nome di *scrotum lapillosum* (3).

Ma niun dubbio che delle malattie dello scroto l'idrocele non sia la più comune. Lorenzo Nannoni compose su questa materia un giudizioso ed erudito trattatello (4), che poi riprese ed adattò all'opera sua didascalica delle malattie chirurgiche e delle rispettive o-

---

(1) V. il Cap. 7.

(2) Rendic. della Clinica chirurgica di Palermo. Palermo 1862 p. 39.

(3) Communications à la Soc. de Chirurgie. Paris 1868 p. 121.

(4) Trattato dell'idrocele tradotto dall'idioma inglese da Tommaso Alghisi. Milano 1779.

perazioni. Pregevole pure è la dissertazione del BERTRANDI pubblicata fra quelle dell'Accademia chirurgica di Parigi (1). PALLETTA esponendo l'anatomia del *gubernaculum testis* e della tunica vaginale, a modo di appendice discorreva de' vizj di queste parti e quindi ancora dell'idrocele congenito (2). MONTEGGIA, senza aggiunger cose nuove, scriveva un buon articolo nelle sue Istituzioni intorno questo tumore acquoso, essendochè, rispetto ai tempi, accurata è l'esposizione della malattia, e savia la scelta de' metodi curativi (3). GIUSEPPE FLAJANI avea pur detto giudiziosamente che con varj metodi può ottenersi la guarigione dell'idrocele, purchè *in luogo d'adattare la malattia al metodo, s'adatti il metodo alla malattia*. Così, ci soggiungeva, se l'idrocele è invecchiato, se la vaginale è dura, l'umore corrotto, o puriforme l'injezione (che in opposte condizioni sarebbe valevolissima ad eccitare la suppurazione) allora non essendo sufficiente mezzo per cotesto fine, diverrebbe inutile, od esporrebbe la malattia alla recidiva: in tal caso giovano invece l'incisione ed il setone (4). L'adoperare i metodi dell'estirpazione del sacco e della tasta, metodi egualmente dolorosi, di lunga guarigione e d'esito incerto, sarebbe un errore (5). Il VACCÀ, non escludendo veruno dei metodi conosciuti, riguardava come infallibile quello soltanto dell'escisione (6). Asportata intieramente la vaginale, tentava la riunione immediata della ferita; e di questa pratica il BETTI attesta d'aver veduto buonissimi effetti (7). Molto invece furono raccomandate le injezioni di spirito di vino, più o meno allungato, dal Dott. MISTRALI di Parma (8).

L'idrocele del cordone spermatico fu quindi illustrato dallo SCARPA con il soccorso dell'anatomia patologica, e di tavole maestrevolmente incise: benchè in questo campo WISEMANN, MONRO, BERTRANDI e particolar-

---

(1) T. III p. 84.

(2) Nova gubernaculi testis hunteriani descriptio. Mediolani 1777.

(3) Istit. Cap. XIII §. 1612.

(4) Nannoni preferiva l'incisione nella maggior parte dei casi: ed appunto per dar ragione di questa preferenza scriveva il suddetto Trattato.

(5) Riflessioni generali sopra la cura dell'idrocele (Collez. d'Osservazioni del medesimo II 201).

(6) Riflessioni sull'opera del Bell. Pisa 1791.

(7) Note alla trad. delle Operaz. chir. dello Sprengel. P. I 293.

(8) Giorn. della Soc. med. chir. di Parma 1807 II 32.

mente Pott avessero fatto molte ricerche e lasciato ragguardevoli lavori; nondimeno la dissertazione del clinico pavese giungeva opportunissima per chiarire alquante difficoltà sulla vera essenza del male, in que' casi segnatamente ne' quali l' idrocele del cordone spermatico trovasi associato a quello della vaginale nel medesimo lato dello scroto; ovvero allorchè una delle due specie dell' idrocele stesso, il *cistico*, forma apparentemente col testicolo un sol corpo senza distinzione di parti (1). Avea pure lo Scarpa avuto occasione di toccare dell' idrocele nella stupenda sua opera intorno le *Ernie;* e tra le altre cose vi faceva notare, che nei vasti idroceli della vaginale accade lo stesso fatto che ne' vecchi tumori erniosi, e cioè che il funicolo per colpa della lunga pressione si scompagina, ed i vasi, rimossi dal proprio posto, giungono perfino nella parte anteriore del tumore e specialmente nella più bassa; onde che particolari cautele si esigono nell'operazione per non ferire i vasi e produrre grave emorragia.

Il Dott. Melchiori col modesto titolo di *Note cliniche* pubblicava negli Annali Universali di Medicina un buon lavoro tutto attinto dalla propria esperienza, il quale con molto profitto verrà consultato da chi si accinga a trattare compiutamente dell'idrocele della tonaca vaginale e degli altri tumori acquosi del testicolo e del cordone spermatico (2). Degl' idroceli della tonaca vaginale comunicanti con il peritoneo distingue il Melchiori tre varietà, dei non comunicanti sei, non tutte egualmente frequenti, chè anzi alcune sono rare assai. Sopra 282 casi d' idrocele da lui osservati soltanto 21, cioè poco più del 7 per 100, tenevano comunicazione con la cavità peritoneale, e tutti, meno quattro, erano *totali* o *teste-funicolari*. Fra i comunicanti la varietà *testicolare,* ossia quella nella quale l'idrope è limitata alla porzione della vaginale in relazione col testicolo, è la più frequente; essa sola comprendendo tanti casi, quanti si distribuiscono nelle altre due sezioni in cui stanno gl' idroceli *teste-funicolari*, ed i semplicemente funicolari: i quali ultimi, altrimenti detti *idroceli cistici del cordone spermatico*, sono i meno comuni; giacchè non formano che il quinto dell' intiera somma (261) degl' idroceli non comunicanti. Fra questi e gli altri che hanno adito nell' interno del ventre sareb-

---

(1) Memoria sull' idrocele del cordone spermatico. Pavia 1823.

(2) A. 1866 CXCVI 225.

bevi pur questo divario, che i primi, all'opposto de' secondi, trovansi più spesso nel lato sinistro: in due casi egli osservò *congenito* l'idrocele sebbene non comunicante. Il volume e la forma primitiva di questi tumori mutansi pel crescere della secrezione, per il diverso distendersi che fanno le pareti del sacco, pei cambiamenti che nelle medesime succedono; e però alla forma primitiva subentra la *secondaria*. La vaginale come s'infiamma, s'ingrossa, o s'incrosta di materia calcare e diviene cartilaginea (1); quindi anche muta la propria secrezione, succedendo per conseguenza la *trasformazione* dell'idrocele in altro tumore. Nondimeno la trasparenza nello stesso idrocele varia talora, perchè *temporaneamente* è mutato il colore del siero racchiusovi. Insistendo sulla necessità di ben determinare la posizione e la sede del testicolo e del funicolo spermatico per la diagnosi e per la cura, il Melchiori nota parecchi casi in cui per disposizione congenita, od in forza di causa accidentale non è serbato il posto ordinario di quella glandola; ed altri ancora espone in cui, scompostosi il cordone, i vasi ed il dutto deferente sono in vario modo disposti sul tumore (2). Fra le complicazioni dell'idrocele non comunicante, l'autore si ferma principalmente intorno a quelle che vengono per colpa del-

---

(1) Il Prof. Civinini in una lunga dissertazione descriveva due casi d' *Idrocele cistico-osseo* del cordone spermatico (Miscell. medico-chir. farmaceut. Pisa 1844). Del lipoma del cordone spermatico, che mentiva l'idrocele diffuso del funicolo stesso, e che venne levato dal Dott. Marzuttini fu già fatto cenno in una nota del Capo 12. La storia di due casi di voluminosissimo ematocele del cordone spermatico felicemente operato dal Dott. Francesco Saverio Da Camin trovasi nel Giornale Veneto delle Scienze mediche (1852 V 563).

(2) Il Dott. Melchiori ha poscia più di proposito discorso delle aberrazioni del testicolo e del cordone spermatico, trattando in ispeciale lavoro dell'emorragia e dell'ematocele, che conseguono allorquando, nel pungere l'idrocele della tonaca vaginale, le predette aberrazioni non vennero indagate, o non poterono essere avvertite. Ei distingue tali ectopie del testicolo, tali sviamenti e scomposizioni del funicolo spermatico in 4 classi (Idrocele della vaginale con inversione primitiva e congenita del testicolo. — Id. con inversione secondaria. — Trasporto e scomponimento del cordone spermatico nell'idrocele teste-funicolare — Id. con inversione primitiva negl'idroceli funicolari, o cistici del cordone); facendo notare che v'ha un'area nel mezzo del fondo del tumore, la quale è *costantemente libera*, e nella quale il chirurgo può infiggere il punteruolo senza tema di offendere il testicolo, od il cordone. Invece l'area prescelta dai maestri di chirurgia, cioè la faccia anteriore dell'idrocele, alla metà o poco sotto della sua altezza è sede non infrequente di aberrazioni teste-funicolari (Ann. un. di Med. CCXIII 225).

l'ernie inguinali (1). Rispetto all'etiologia fa osservare, che, poscia che l'azione delle stesse cause è seguita da idrocele in alcuni soggetti, in altri no, conviene ammettere una predisposizione particolare per lo sviluppo di questa malattia; per altro in ben pochi casi apparve gentilizia tale disposizione.

Ma anche nel testicolo e sul cordone spermatico si formano fuori del sacco della tonaca vaginale alcune raccolte d'umor acqueo, che in grazia della sede che occupano e della trasparenza, si potrebbero confondere con l'idrocele suddetto. Di questi tumori acquosi *extravaginali* tratta pure il Melchiori nella seconda parte del suo commentario. A cotesto medesimo ordine di *pseudo idroceli* appartiene quello veduto dal Rizzoli e descritto dal Dott. Taruffi, nel quale lo siero non altrimenti che nel tessuto connettivo sottocutaneo dello scroto era raccolto ed inicchiato, formando una cisti sierosa appunto come in altre parti osserviamo (2). Fa duopo pertanto al nome comune d'idrocele, se lo si voglia mantenere per i diversi tumori acquosi dello scroto, aggiungere qualche predicato, che distingua l'origine, la sede e il differente modo di essere de' medesimi.

L'idrocele può altresì simulare l'ernia incarcerata. Così avvenne al Rossi di veder cessare i sintomi di strozzamento ogni volta che era tolta la compressione, e riapparire i medesimi col ritornare dell'acqua. In tal caso, l'idrocele essendo del cordone spermatico, o come il Rossi lo chiama *idrocele cilindrico*, ei fece l'incisione della porzione, che era al di qua dell'anello, e questa od idrocele esterno guariva; ma l'altra porzione nella regione iliaca, od idrocele interno, crebbe invece assaissimo: fu mestieri pungerla tre volte, traendone sempre fuori da mezza pinta d'umore (3). Anche il Vanzetti narra d'un idrocele, che simulava l'ernia incarcerata, con di giunta la particolarità di avere la faccia esterna della vaginale coperta da uno strato di materia gelatinosa (4). Notabile ancora è il caso registrato dal Menici, nel quale, sebbene si trattasse d'idrocele semplice della

---

(1) Un caso importante di ernia inguinale incarcerata collegata ad idrocele leggesi nel Prospetto clinico del Prof. Jacopi.

(2) Bullet. Scien. med. 1854 I 129.

(3) Élém. de Médec. opérat. I 395.

(4) Annales Scholae clinicae Carcoviensis p. 200.

vaginale, siccome dall' incisione fu dimostrato, appariva la complicazione di ernia vescicale; perciocchè in qualunque modo si premesse il tumore svegliavasi il bisogno di orinare, a cui effettivamente seguiva evacuazione di orina; non si potè in altro modo spiegare il fenomeno che incolpandone il timore del piccolo malato, fanciullo di 7 anni (1).

Il Prof. Rizzoli si è in particolar modo occupato dell' idrocele del sacco erniario; del quale anzi in un caso vide la complicazione con l' idrocele della vaginale propria (2). Ma l'umore del sacco, che fu già involucro di ernia, invece di contenere siero, era pieno di marcia; la qual cosa capitò pure al Dott. Garavini operando un uomo, che dell'ernia strozzata dava tutti i segni (3). E poichè il Dott. Bourland nel 1864 (narrato che ebbe nella Gazzetta degli Ospedali di Parigi il Velpeau aver curato un idrocele del sacco erniario congiunto ad epiplocele pungendo il tumore e injettandovi soluzione di jodio) suggiungeva quel clinico essere stato il primo a curare tale varietà di idrocele al pari di quella della tunica vaginale; il Dott. Golinelli opportunamente ricordava, che il Prof. Rizzoli sin dal 1852, in cui pubblicava i primi casi d' idrocele acuto del sacco erniario, curava i medesimi nello stesso modo che l' idrocele volgare. Per altro esso preferiva il metodo dell' incisione a quello della puntura e dell' injezione dello jodio, tanto per evitare i pericoli, che potrebbero susseguire entrando alcun poco di quella soluzione irritante nella cavità addominale, quanto ancora per ottenere più facilmente la guarigione radicale dell' ernia (4). — La parorchidia è complicazione non comune, anzi rara dell' idrocele vaginale. Il Dott. Gherini ebbe occasione di osservarne due casi: in ambedue fu fatta la cura radicale con l' incisione; ma non con eguale fortuna, in uno essendo soppravve-

---

(1) *Menici Rayn.*, Observ. ad clinicam externam pertinentes anno academico 1827. Pisis 1829 Obs. VII p. 35, 37.

(2) *Santinelli O.*, Idrocele della vaginale propria del testicolo destro con raccolta purulenta in un sacco erniario (Ivi 1852 XXII 363). — *Taruffi C.*, Idrope acuto del sacco erniario simulante incarceramento viscerale. — Idrocele ed ernia omentale congenita (Ivi 1854 II 49, 56). Tutti questi fatti vennero osservati nella Clinica chirurgica del Prof. Rizzoli.

(3) Osservazioni chirurgiche. Firenze 1812.

(4) *Golinelli Leopoldo*, Intorno l' idrocele acuto e lento del sacco erniario (Bullet. Scien. med. 1864 XXII 241).

nuta mortale peritonite (1). Il Dott. Melchiori ancora ha notato alcuni casi d' idroceli non comunicanti della tonaca vaginale ne' quali il testicolo non era disceso nello scroto: egli mostra altresì le difficoltà della diagnosi in questi casi di ectopia del testicolo e del cordone spermatico.

Il Reghellini avendo osservato che una violenta percossa su lo scroto è capace di curare radicalmente l' idrocele, tanto ne fu sorpreso e contento che determinò quello essere il modo migliore per ottenere la guarigione perfetta di sì fatto male. Tale percossa propose egli di fare con una pallà spinta con assai forza da uno strumento rassomigliante alla balestra (2)! Nè il chirurgo, che faceva sì bizzarra proposizione, era cervello balzano; chè anzi era fornito, osserva il Nannoni di troppe buone cognizioni per ignorare, che il caso produce talvolta quel bene, che non si può ottenere, nè il filosofo lo spera procedendo nella più regolare maniera. Di guarigioni d' idrocele avvenute per consimili accidenti sonvene parecchi esempj, nè ripugna l'ammetterli conciossiachè, rotta la vaginale il siero effuso agevolmente può venire assorbito: nè l'acqua si verserà più di nuovo *se la forza dei solidi sia resa superiore a quella dei fluidi* (3); o, con parole più moderne e più giuste, se siano tolte le condizioni anatomiche e funzionali per le quali quell' insolita secrezione succede. E poichè quest'effetto può conseguirsi in diversi modi, ne è venuta la moltiplicità de' metodi e degli espedienti curativi di cui nel principio dicevamo. Anche l'elettro-agopuntura è stata sperimentata: e primo tra noi fu il Pecchioli già professore a Siena (4). La cauterizzazione tanto vantata dagli antichi, mille volte riproposta ed altrettante condannata, è stata di recente di bel nuovo raccomandata dal Dott. Carlo Busi di Bagnacavallo, che pur fu valente operatore, dopo che

---

(1) Ann. un. di Med. 1857 CLIX 118.

(2) Osservaz. sopra alcuni casi rari. Oss. V. — Il Dott. Rasi ha pure raccontato, che consecutivamente ad accidentale percossa sul tumore un vasto idrocele dileguossi intieramente mediante copioso profluvio d'orina (Bullet. Scien. med. 1844 V 26).

(3) *Nannoni*, Trat. di Chir. III 198.

(4) Idrocele doppio della vaginale dei testicoli guarito col mezzo dell' elettro-ago-puntura (Bullet. Scien. med. 1841 XII 133). Secondo il Dott. Turchetti il Prof. Pecchioli fin dal 1827 cominciò ad adoperare l'elettricità negl' *idroceli* (Gaz. med. Lomb. 1859 p. 321. — *Vivarelli Enrico*, Storie d' idroceli curati coll' elettro puntura (Gaz. med. Toscana 1852 p. 201).

l'ebbe sperimentata utilmente due volte applicando sullo scroto non il ferro rovente, ma un'escarotico (caustico di Vienna) siccome facevano i chirurghi d'Alessandria e non pochi del medio evo (1). Velpeau avea detto che la cauterizzazione in qualunque modo fosse fatta dovea essere *définitivement proscrite* (2): se il bando era troppo assoluto, neppure la rivocazione pretenderà che il metodo divenga generale, poscia che soltanto in peculiari condizioni può essere adoperato. Merita altresì considerazione, perchè in talun caso può essere utilmente praticata, la proposta del Dott. Reali di servirsi dell'olio di croton tiglio, spalmandolo sopra lo scroto, per guarire l'idrocele: nell'uomo, che quel chirurgo curò in siffatto modo, il male era ribelle alle injezioni di vino, di jodio ed all'azione dell'elettricità; nondimeno potè essere, secondo che pare, finalmente sradicato. Avvertasi per altro che, eccitata l'infiammazione, l'umore sieroso mediante la paracentesi venne evacuato (3).

Nel Congresso di Venezia dell'anno 1847 fu molto discorso della cura dell'idrocele, nell'occasione che il Dott. Lorenzo Rossi esponeva la storia di tumore acquoso della vaginale stato più volte punto e poscia da lui guarito radicalmente con la compressione praticata sulle pareti della vaginale mediante una lamina di piombo, messa in modo da lasciar libero il cordone spermatico ed il testicolo. Due volte il Melchiori guarì l'idrocele funicolo-inguinale di mediocre volume con questo mezzo della compressione: svuotato il tumore con punture capillari, applicò sul sacco la pallottola di un cinto elastico. E veramente la compressione, poichè è tanto efficace nel modificare il modo di essere e le funzioni de' tessuti, dee far sentire la sua azione anche nell'idrocele; onde che il chirurgo ragionevolmente può sulla medesima contare in que' casi in cui non sia concesso di far uso de' metodi più generalmente raccomandati nella cura dell'idrocele: in ogni modo a questi quella è sempre utilissimo ausiliario. Il metodo *a sutura* del Ricord venne dal Baroni utilmente modificato, evacuando il liquido prima di cominciare la cucitura, affine di me-

---

(1) L'Ippocratico 1863 III 408.

(2) Éléments de Médec. operat. Bruxelles 1835 p. 411.

(3) Cura radicale dell'idrocele vaginale del testicolo ecc. (L'Ippocratico 1864 VI fasc. di Settem.)

glio evitare la puntura dei vasi spermatici ed anche del testicolo (1).

Un bellissimo esempio di soluzione spontanea dell'idrocele, dopo affannosa corsa e copioso sudore, è registrato dal predetto Dott. Melchiori. Il quale anche riferisce d'aver veduto smaltirsi intieramente mercè dell'assorbimento il sangue, di cui s'era empiuta la vaginale e lo scroto fin che ne potevano capire, uscito dai vasi, non è ben sicuro se dello scroto o del cordone, feriti da un chirurgo nel pungere un idrocele. In ogni modo il fanciullo guarì perfettamente anche del tumore acqueo. Ma, ben riflette lo stesso autore, coteste terminazioni non sono sperabili che quando la vaginale sia in buon stato; nè tutti gli ematoceli vanno egualmente curati; bensì secondo che esige la particolare loro condizione patologica (2). Parecchi idroceli *intermittenti*, ossia che appajono e si dileguano secondo che cessa e riprende la causa che adduce irritazione nella vaginale, furono notati dal medesimo Melchiori (3). Il Dott. Giuseppe Bonfanti ebbe pure occasione di osservare un idrocele, il quale tenne dietro esattamente a tutti gli stadj di ostinata angina mantenuta da una concrezione nel condotto wartoniano, e che quindi scomparve subito che il calcolo fu tolto (4).

Il Gosselin, che indefessamente si è occupato delle malattie dei testicoli e delle parti annesse, è d'avviso che molti ematoceli, i quali appajono spontanei nel corso d'un' idrocele, siano effetto della lacerazione dei vasi di cui è ricca ne' primordj la pseudo-membrana, che formasi nella pagina parietale della tonaca vaginale idropica: cotesta membrana, quand'anche s'ingrossi non è mai molto aderente, onde che facilmente può essere staccata: lo *scorticamento della tonaca vaginale* è dal chirurgo francese raccomandato per la ragione, che, spaccato l'idrocele, quella pseudomembrana facilmente diventa sede d'infiammazione anche di maligna natura (5). Ma su questo ar-

---

(1) Rendic. dell'Accad. delle Scienze dell'Istituto di Bologna Sed. del 15 Maggio 1845.

(2) Dell'emorragia e dell'ematocele da puntura dell'idrocele Op. c. In: Ann. un. Med. CCXIII).

(3) Ponendo per massima che la guarigione radicale non debba tentarsi se non quando la vaginale non possa più davvero riprendere le proprie funzioni, il Melchiori si propone di conservare aperta la cavità di quella usando della cura *Risolutiva*, mercè delle injezioni jodate nella misura adatta allo scopo.

(4) Alcuni cenni pratici sull'uso dalla paracentesi in qualunque ascite ecc. Monza 1816.

(5) Archives génér. de Médec. A. 1851.

gomento merita di essere riferito ciò che il Riberi narra di aver veduto e fatto sin dal 1824 in un uomo a cui nel cadere, avendo già un tumore acquoso cistico della vaginale, sopravvenne un doppio ematocele, di cui l'esterno, o semplice infiltramento, dopo alcun tempo dileguossi; l' interno invece crebbe ognor più malgrado che diverse cose fossero per ciò adoperate. Laonde il Riberi largamente aperse lo scroto, e, levato il sangue aggrumato, trovò una grossa pseudomembrana *fibrino-cruorosa*, che con pazienza e diligenza potè del tutto staccare. Apparve allora, ci dice, la faccia posteriore della vaginale tutta gremita di varici flessuose a modo d' altrettanti laghetti venosi coperti d'una sottile pellicella, che lasciava con facilità trasparire il sottostante sangue, e grosse quanto voluminose emorroidi esterne: nè cotali varici aveano veruna attinenza con il cordone spermatico. L'operato guarì perfettamente dopo circa un mese (1).

Il Prof. Sangalli, studiando il modo di produzione delle così dette idatidi del Morgagni e dei corpi liberi della vaginale dei testicoli, trovava un nesso tra gli uni e gli altri; perciocchè i corpuscoli liberi sarebbero appunto le idatidi predette che poco a poco si fanno peduncolate, e che poi, divenuto atrofico il picciuolo, si staccano dalla vaginale. L'idrocele, che sì spesso accompagna cotesti corpuscoli dovrebbesi riguardare, dice lo stesso Professore, come una conseguenza dell' irritazione da essi prodotta sulla vaginale (2).

---

(1) Casi non ordinarj d' idrocele nell'uomo (*Riberi*, Op. minori II 516).

(2) Di alcune alterazioni della vaginale del testicolo e del cordone spermatico (Giorn. d'Anat. e Fisiol. patol. 1866 III 207).

(*Capo* 80.°)

TUMORI DEL TESTICOLO. — ORCHIECTOMIA.

Giambattista palletta entrava nella palestra scientifica con la dissertazione *Nova gubernaculi testis hunteriani et tunicae vaginalis descriptio* (1), nella quale con accurate osservazioni nitidamente dimostrava un fatto importantissimo di fina anatomia, che si collega con la fisiologia e la patologia delle parti genitali maschili: il chirurgo cominciava per essere anatomico, anzi anatomopatologo, posciacchè dei testicondi, delle ernie congenite, dell'epiplocele, dell'idrocele è discorso eziandio in quella dissertazione, la quale si chiude col capitolo «Quantum adductae observationes ad praxim *conferant*». Ma delle malattie del testicolo egli trattava in seguito particolarmente nella prima parte delle *Exercitationes pathologicae*, e ne trattava con lungo capitolo, nel quale se manca ciò che distingue la nosografia moderna, la precisione cioè de' vocaboli, l'esatta descrizione de' sintomi, l'accurata investigazione de' pezzi patologici, v'ha pur nondimeno copia di fatti e di utili riflessioni: e però oggi ancora quel trattato *de Sarcocele* serba, specialmente dal lato pratico, un certo valore. Presso gli altri scrittori de' primi anni del secolo troviamo eziandio confuse con l'istessa denominazione malattie assai diverse del testicolo; e la distinzione non poteva farsi che in seguito de' perfezionamenti dell'anatomia patologica e della più intima connessione della medesima con la clinica, divenuta essa pure più diligente e sottile investigatrice. Non pertanto anche negli autori di quel tempo troviamo lodevoli tentativi per istabilire diverse specie con le differenze anatomiche nei tumori, che pei caratteri esterni, per la qualità delle cause, per il corso e le successioni non appajono dissimili. Il Nannoni, a modo di esempio, divideva i *tumori freddi* del testicolo in quelli che hanno mutazione della loro sostanza, e negli altri che ri-

(1) Mediolani 1777.

sultano dall'ingrossamento e indurimento della glandola stessa senza che vi sia alterazione di natura (1).

Non ancora abbiamo un lavoro complessivo, secondo le viste della moderna chirurgia, intorno le malattie dei testicoli, il Prof. Sangalli avendo trattato l'argomento nell'opera sua de' Tumori innanzi tutto sotto il rispetto dell'anatomia patologica; e soltanto qualche altro punto della fisiologia e patologia di quelle glandole essendo stato toccato dal Prof. Mantegazza e dal Dott. Bozzi in una speciale dissertazione (2): i casi pratici invece, e le osservazioni cliniche staccate non sono poche, nè senza pregio (3). Ve n'ha anche nei libri dell'età passata; da dove per altro conviene trarle e giudicarli, con la debita discrezione. Angelo Nannoni, verbigrazia, dà la storia e la figura di un *tumore d'amplissima mole nato da effervescenza della cellulare mediante la quale la vaginale dei testicoli è attaccata allo scroto:* era un enorme sarcocele del peso circa di 80 libbre (4). Straordinaria è la trasmutazione succeduta in un tumore canceroso, a quel che pare, osservata dal Prof. Ruggieri. Spaccato con istento lo scroto, che era tragrande, duro e scabro in tutta la superficie a guisa di macigno, non si trovò «che un ammasso di sostanza calcarea asciuttissima, come la calce indurita, che spolveravasi fra le dita; non si scoperse vestigio nè di testicolo, nè d'epididimo; ma un dito trasverso al di sotto dell'anello si trovò una sostanza organizzata, la quale era una porzione del cordone spermatico non peranco distrutta. L'arteria era obliterata, ed avea al sito dell'obliterazione quel pseudo-polipo, o turacciolo sanguigno, che osservasi in tutte le arterie state legate (5)».

Al Béraud è fatto merito di avere descritto pel primo l'ematocele del testicolo; ma questa forma di tumore è già indicata dal Monteggia, il quale dice: l'ematocele entro la sostanza del testicolo pro-

---

(1) Trat. di Chir. III 215.

(2) Ann. un. di Med. 1865 CXCIX 113.

(3) Vedi tra le altre quelle raccolte dall'Asson (Giorn. Veneto delle Scien. med. A. 1861) e dal Melchiori (Gaz. med. Lomb. A. 1852). — *Riccardi Luigi*, Annotaz. prat. sulle principali malattie della vaginale e del testicolo. Napoli 1836.

(4) Trat. chir. della semplicità del medicare. Firenze 1761 p. 440.

(5) Dizion. enciclop. di Chir. V 159.

cedere da un rilassamento, o da una dissoluzione della sua sostanza vascolare (1).

Del cirsocele non occorre qui dire, avendone parlato nel Cap. 34 fra le *Varici*. Non comune è il caso riferito dal Melchiori di varici dello scroto, che grosse e tortuose, si protendevano su per l'inguine, l'ipogastrio e la cute del pene formando complicazione di un idrocele teste-funicolare (2).

La pratica dell'orchietomia, proposta dello Zellemberg e quindi perfezionata da Kern, fu in prima dal Rima modificata (3); poscia ancora dal Riberi, il quale procurò di adattarla anche ai casi in cui il tumore sia di molto volume (4). In fatti con i processi di Rima e de' chirurghi viennesi assai parte di scroto, se il testicolo non è piccolo, viene tolta; di guisa che s' ha il rischio che il cordone spermatico non rimanga del tutto coperto, e che il testicolo protruda. Parimente il Dott. G. B. Bellini, per rimediare all'accennato difetto del processo di Rima, proponeva non meno di 4 maniere di castrazione, dando nulladimeno la preferenza alla quarta; nella quale formasi un lembo a guisa di V rovesciato, perciocchè le due incisioni partono l'una a destra l'altra a sinistra del luogo d'uscita del cordone spermatico, ed incontransi quindi nella faccia posteriore dello scroto (5). Il Prof. Rizzoli, mirando al medesimo scopo, affine di avere il necessario lembo per coprire la ferita, fa discendere il coltello, troncato che abbia il funicolo, fra i tegumenti del lato esterno dello scroto ed il testicolo malato. Il quale processo, già parecchie volte utilmente sperimentato (6), non potrebbe più, come ben si vede, essere adoperato se l' involucro scrotale fosse aderente al testicolo, od alterato.

L' allacciatura dell' intiero cordone spermatico prima di recidere il testicolo venne generalmente abbandonata, perchè le s' imputava di produrre il tetano ed altri accidenti mortali. Il Nannoni faceva

---

(1) Istit. chir. Cap. XIII § 1689.

(2) Op. cit. p. 291.

(3) Sul perfezionamento del processo operativo per l'estirpazione dei testicoli scirrosi (Opusc. scient. di Bologna 1823 IV 233).

(4) Giorn. delle Scien. med. di Torino 1838 I 429.

(5) Raccoglit med. di Fano 1843 XI.

(6) Bullet. Scien. med. 1864 XXI 369, 1868 V 389.

vedere che il rimprovero non era sempre giusto, posciachè egli avea veduto morire alcuni evirati convulsi, altri per infiammazione degl' intestini, sebbene allacciatura non fosse stata fatta (1). Barbantini di Lucca combattè pure l'accusa: e perchè la legatura fosse più stretta consigliava di farla sopra piccola tenta curva e scanalata, la quale poi dopo tre o quattro giorni, reciso il laccio, era tolta (2). Il Gherini poi assicurava che nel corso di oltre trent'anni nelle tante semicastrazioni da lui e da' suoi colleghi praticate, mai vide susseguire alla legatura totale del cordone spermatico il minimo accidente nervoso. Neppure, soggiungeva, di aver veduto emorragia immediata o consecutiva, che non fosse stata tosto frenata con l'ordinaria legatura dell'arteria divisa; ondechè ei non vedeva ragione di dover anteporre al coltello nell'orchietomia lo *schiacciatore* del Chassaignac; il quale, com'ei medesimo sperimentava, è di brigosa applicazione e lento negli effetti (3). Giudiziose riflessioni su questo medesimo soggetto della legatura del cordone fece il Bertrandi nel suo Trattato delle operazioni.

Invece dell'amputazione fu consigliato di allacciare i vasi del funicolo spermatico con l' idea di rendere atrofico il testicolo nel caso di sarcocele. Al Maunoir è generalmente attribuita questa proposta; ma il Dott. Gallo di Torino l' ha vendicata per sè, conciossiachè ei la fece pubblica 5 anni prima del chirurgo di Ginevra nella sua tesi inaugurale del 1815 « De funiculi spermatici ligatura therapeuticis sarcocelis auxiliis accensenda (4)». Alcuni nostri chirurghi hanno voluto di recente ridar vita a questa pratica (5); ma i fatti son pochi, nè persuadenti: anzi è da credere che dove il beneficio si ebbe, cioè la diminuzione, se non l'atrofia del tumore, questo non fosse veramente *sarcocele*, cioè enfiato canceroso o di maligna natura.

---

(1) Trat. chir. III 220.

(2) Lettera intorno ad alcuni argomenti di Clinica chirurgica. Lucca 1827 p. 11.

(3) *Gherini*, Idrosarcocele sinistro operato colla semicastrazione mediante l'*ecraseur di Chassaignac* (Ann. un. Med. 1859 CLXVII 324). Il Dott. Pertusio di Torino invece lodava testè l'uso dello schiacciatore in luogo della compiuta legatura del cordone spermatico nell'orchiectomia: ei perciò immaginava certa pinzetta o morsa costrittrice da serrarsi quanto abbisogna per mezzo di vite (Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino 1869 VIII 473).

(4) Giorn. delle Scien. med. di Torino 1838 III 56

(5) Reali (Ann. un. Med. 1862 CLXXXI 74). — Malagodi e Casati (L'Ippocratico 1863 V 43). — Peruzzi (Ivi 1865 VII 3).

L'orchiectomia talora deve farsi entro l'addomine, perciocchè ivi la glandola che mai discese nello scroto è alterata per vizio proprio, o consecutivamente a quello delle parti circonvicine. Il Dott. Carlo Busi operò felicemente la semicastrazione in un caso in cui il testicolo nascosto nel ventre disnaturossi per essersi nell' interno propagata l'infiammazione sopraggiunta all'ernia epiploica, che l'infermo portava dalla nascita: l'addomine fu aperto senz' offendere l'anello, e al di sopra di questo (1).

Il Prof. Rossi di Torino osservava il fatto curiosissimo del periodico scomparire in un ragazzo dei testicoli nel mentre che gonfiavansi le mammelle, e del riapparire di quelli disenfiandosi queste (2).

Raro è che il cancro esordisca dal cordone spermatico, anzi qualcuno disse essere sempre successivo a quello della glandola seminale. Il Dott. Bottini ne ha veduto un caso complicato con ernia scrotale libera ed idrocele: fatta la semicastrazione il testicolo apparve immune da qualsiasi alterazione, confermando invece l'esame microscopico la natura cancerosa del neoplasma del funicolo (3).

---

(1) *Busi Carlo*, Semicastrazione intraddominale destra per parorchido epiplocele (Bullet. Scien. med. 1854 I 256).

(2) Mem. de l'Acad. des Sciences de Turin 1816 XXII p. XXXI.

(3) Ann. un. di Med. 1869 CCVIII 89.

F. — GENITALI MULIEBRI.

(*Capo* 81.°)

ATRESIA E VIZII DI CONFORMAZIONE DELL' UTERO E DELLA VAGINA. CORPI ESTRANEI NELLA VAGINA E NELL' UTERO. SPOSTAMENTI DELL' UTERO. — IDROCELE. — EMATOCELE. ED ALTRI TUMORI.

Sorta a lato della vecchia Ostetricia la Ginecologia, alla nuova venuta la Chirurgia generale va cedendo il proprio posto nel campo della patologia muliebre, dove già tiene piede anche la Sifilologia. E però necessariamente breve sarà il nostro discorso, poichè i rami *speciali* della chirurgia divenuti *scienze autonome*, non fanno parte della nostra storica esposizione. Aggiungasi che dei tumori addominali, e dell'ovariotomia precedentemente fu parola al Capo 65.

Più della metà del secondo volume delle *Exercitationes pathologicae* dedicò il Palletta alle malattie delle donne: l' articolo IV che tratta dell'atresia della vagina è erudito e ricco di osservazioni proprie. Oggi pure il chirurgo, l' ostetrico ed anche il medico legale possono con frutto leggere quelle pagine per conoscere le difficoltà e gl'impedimenti che l'occhiusione o l'angustia congenita ed accidentale della vagina oppongono alla mestruazione, al parto ed al concubito. Intorno la viziosa conformazione della vagina e dell' utero fecero buone considerazioni il Malacarne (1), il Penchienati (2), lo Zan-

(1) Della hysterostenygrochoria, o strozzatura della vagina (*Brera*, Comment. di Medic. 1798 II 48). — Esempj della dimetria-dihysteria, cioè di femmina che ha doppia la vagina e doppio l'utero (Mem. della Soc. ital. delle Scienze 1802 IX 104).

(2) Description anatomique d'un vagin double et d'une matrice double (Mem. dell' Accad. delle Scienze di Torino 1801 VI 289).

nini (1), il Mondini (2), il Calori (3). Ai casi da questi autori narrati altri ancora ne potremmo aggiungere sparsi ne' nostri Giornali medici, se qui ne fosse luogo opportuno; basta pertanto che ricordiamo il pregevole commentario del Prof. Delle Chiaje sulla duplicità dell'utero, della quale raccolse 85 esempj, che a lui pajono indubitati. Su questi contavansi 31 uteri biloculari, 42 didelfi, 12 bigemini (4). Fra i casi di atresia vulvare singolarissimo è quello narrato dal Dott. Utili, Una giovane, cui la vagina era otturata prossimamente alle piccole labbra andò a marito; e questi, zotico com'era, niun'altra trovandone aperta, per la via dell'uretra, tanto essa potè dilatarsi, usò con la moglie da ben 3 anni. La dilatazione uretrale non comprendeva per altro l'osculo dalla vescica, giacchè la donna non avea enuresi, anzi fu d'uopo superare con il catetere l' iscuria (5). Questo fatto sebbene non nuovo (giacchè, cominciando da Morgagni (6), da parecchi autori osservato, e recentemente ancora da Mason Warren (7)), è pur sempre strano: lo ricorderemo un' altra volta parlando dell'eduzione della pietra dalla vescica della donna. Stranissimo è pur l' altro di cui è cenno negli *Éléments de médecine opératoire* di Francesco Rossi. L' autore operò una giovane imperforata, senza vagina e verun segno di pubertà, la quale nondimeno era gravida. La fecondazione avvenne per l'ano, nell' intestino retto essendovi un piccolo pertugio che sboccava in un rudimento di porzion superiore della vagina. Otto giorni dopo l' operazione, apparvero *tutti i segni della pubertà*, e l' anno successivo la donna, rimasta un'altra volta incinta, partorì da sè senza molta difficoltà (8). Lo stesso Prof. Rossi s' imbattè in

---

(1) Mem. intorno ad alcune atresie naturali mostruose della vagina (Giorn. per i progres. della Patol. 1834 I 7, 189).

(2) Uteri humani bicornis anatomica descriptio (Novi Comment. Instit. Bonon. II 360). — Observationes anatomicae, atque animadversiones ad congenitam organorum muliebrium *atresiam* spectantes (Ivi V 165). — Abnormis conformatio singularis muliebrium partium genitalium interiorum (Ivi VIII 173). — Vitiata partium genitalium conformatio in puella infante, et considerationes circa organicam hanc formam abnormem (Ivi VIII 193.

(3) Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1862 I 171.

(4) Filiatre Sebezio 1836 XI 201, XII 179.

(5) Raccoglit. med. di Fano A. 1857 XVI 361.

(6) De sedib. et caus. morbor. Epist. XLVI §. 12.

(7) Surgical Observations. Boston. 7867 p. 308.

(8) T. I. p. 278. Il Prof. Rossi soggiunge per rimuovere i dubbj intorno la verità del

altra forma d'atresia in cui la vagina chiusa anteriormente sboccava in alto nel posto dell'uretra, la quale mancava: in questo condotto versava la vescica le orine, e l'utero i catameni; per questa strada compievasi il concubito che pur fu seguito da gravidanza. Affinchè poi il feto potesse uscire convenne aprirgli varco sufficiente nelle parti ostruite (1).

I corpi estranei che traggonsi fuori dalla vagina sono per solito pessarj o porzioni di pessarj là dentro incarcerati, rotti e più o meno sformati. Nondimeno accade che talvolta il chirurgo debba prestar l'opera sua per estrarre corpi di ben altra fatta, e che non vennero certamente introdotti per riparare alla procidenza della matrice. Così al Dott. Marzuttini capitò di dovere liberare una donna, che, sebbene incinta da cinque mesi, erasi cacciato dentro la vagina un bicchiere alto tre pollici e mezzo e largo in proporzione (2); e al Dott. Morelli di cavar fuori una rotella di legno il cui diametro era di otto centimetri e più, essendone grossa due (3). Riguardo poi ai pessarj rimasti incarcerati nella vagina, curioso è il caso narrato dal Prof. Sisco: e per vero uno di que' sostentacoli di legno, che mai per cinque anni era stato levato, potè, andando sposa la donna che maliziosamente tacque il suo incomodo, esser preso dal buon marito per il claustro vaginale fatto rigido e duro (4). In altro caso il pessario internato nell' utero, e circondato da ulceri diè sospetto di carcinoma uterino; ma ogni male scomparve poichè il corpo estraneo venne rimosso (5). Delle concrezioni calcolose, e delle altre di consimile durezza; benchè di natura non tufacea, che formansi dentro l'utero, scrissero fra gli

---

fatto: « l'opération que j'ai faite (taille entre le perinée et l'orifice de la matrice) fut constatée par l'autorité supérieure, savoir par un procés-verbal du Commissaire général de police ». Egli poi ne referiva per disteso la storia all'Accademia delle Scienze di Torino (De vaginae obstructione In: Mem. dell'Accad. sud. A. 1826 XXX 155 De nonnullis monstruositatibus Obs. I).

(1) De nonnullis monstruositatibus Obs. II. In: Mem. sud. p. 159.

(2) Gaz. med. Prov. Venete 1862 p. 424.

(3) Gaz. med. di Torino A. 1864.

(4) Saggio dell'Istit. clin. A. VIII e IX. Roma 1824.

(5) *Barbieri Angelo*, Supposto carcinoma uterino (Gaz. med. di Milano 1844 p. 228). — Vedi ancora *Fontana*, Istoria d'uno strozzamento del collo dell'utero prodotto da un pessario (Ann. un. Med. 1834 LXX 266). — *Baravelli G. B.*, Estrazione di due grossi pessarj l'uno di gomma elastica, l'altro di cera (Bullet. Scien. med. 1865 XXIV 415).

altri il Caldani e il Delle Chiaje (1); molte osservazioni eziandio se ne leggono nei nostri Giornali di Medicina (2). Francesco Rossi in un caso per estrarre la pietra, la quale avea la forma della cavità uterina ed era grossa quanto un uovo, dovette incidere il collo della matrice: piacquegli di chiamare l'operazione sua *istero-trachelo-litotomia* (3).

Degli slogamenti della matrice, soprattutto nella gravidanza, scrisse di proposito il Malacarne nel suo trattato dell'*Esplorazione proposta come fondamento dell'ostetricia* (4): ed ei li faceva ad arte sul cadavere affinchè gli scolari imparassero come accadono, e col tatto distinguessero i segni di ciascuno di essi. Ricordava altresì avere i Greci conosciuto gli spostamenti ed inflessioni dell'utero, siccome appare dai frammenti di Filomeno raccolti da Aezio: l'*epimetroloxia* di quelli corrisponde all'*antiversione* dei moderni, e l' *opimetroloxia* alla *retroversione*. Il Dott. Ranieri Cartoni studiava le deviazioni e gl' inclinamenti dell' utero particolarmente riguardo alla concezione, la quale perchè agevolmente succeda, l'orificio dell'utero ha da essere ricondotto in corrispondenza del canale vaginale. Ma, oltre quelli più noti della matrice, anche certi vizj di forma o di posizione del collo possono essere cagione di sterilità: fra questi il chirurgo di Pisa notava principalmente l'esagerata conicità del collo medesimo (5). Di più recenti lavori su questa materia non facciamo parola, perchè essi appartengono alla Ginecologia, secondo che più sopra venne detto (6).

---

(1) *Caldani Floriano*, Osserv. anat. patol. (Mem. della Soc. ital. delle Scienze 1805 XII P. II 16 n. VI). — *Delle Chiaje*, Delle pietrose concrezioni dell'utero (Filiatre Sebezio 1836 XI 139).

(2) Eccone indicate alcune secondo il nome dell'autore — *Baritoni*, (Opusc. Soc. med. chir. di Bologna 1827 V 175). — *Batt. William.*, medico genovese, (Mem. della Soc. med. d'Emul. di Genova 1802 I Sem. II 37). — *D'Amato Pasquale*, (Filiatre Sebezio A. 1833 Ottobre). — *Dimidri*, (Osservat. med. di Napoli A. 1829 Luglio). — *Eynaudi*, (Repert. med. chir. Torino 1824 p. 49). — *Felici Luigi*, (Ann. un. med. 1864 CLXXXIX 446). — *Gioffrè*, (Filiatre Sebezio 1836 XII 18). — *Petrioli*, Corso anatom. Roma 1742 p. 118.

(3) Élém. de Médec. opérat. I 387.

(4) Milano 1791 p. 79 e seg.

(5) Di alcune innormali disposizioni dell'utero, che rendono difficile od impossibile il concepimento. Pisa 1838.

(6) Nelle note al Trattato delle malattie delle donne del Dott. Fabre (Biblioteca del medico pratico Vol. I e II) l'Asson aggiunse molti fatti clinici intorno la patologia degli organi sessuali muliebri.

L' idrocele delle donne fu accuratamente descritto dal Palletta, il quale per le indagini fatte si persuase che l' umore acquoso si raccoglie dentro un sacco particolare formato da un processo del peritoneo posto dinanzi al legamento dell'utero, che per accidente rimane pervio, mentre che ordinariamente dopo il nono mese si chiude, incominciando l'otturamento dall'orifizio superiore, e progredendo quindi in basso finchè nelle adulte non è più che un cordone senza alcun vacuo. Osservò egli questa specie di tumore acquoso in due femmine di certa età: l'una e l'altra curò come avrebbe fatto nell'idrocele della vaginale del testicolo; nella seconda anzi non solamente spaccò la cisti, ma fuori la trasse tutta (1). L'opinione del Palletta fu quindi riconfermata dal Sacchi (2). Monteggia invece reputava che l' idrocele delle donne si formasse in quell' involucro celluloso, che cinge il legamento rotondo dell'utero, e lo accompagna fuori dell'anello addominale nell' inguine e nell' esterno pudendo; involucro che pure fu chiamato canaletto del Nuck (3): dello stesso avviso fu lo Scarpa (4). Questa differenza di giudizj dipende dal non esservi una sola specie d' idrocele muliebre, ma parecchie varietà: il Regnoli quindi ne distingueva cinque. La prima è quando l'acqua è diffusa nel tessuto connettivo, che involge le parti costituenti il funicolo rotondo; la seconda è quando trovasi nel prolungamento peritoneale sempre comunicante nell' addome; la terza (ed è la più comune) quando è rinchiusa nello stesso prolungamento, o canale del Nuck, non più comunicante col gran sacco del peritoneo; la quarta quando il siero è chiuso in una cistide formatasi nel tessuto connettivo intorno il legamento rotondo, o la zampa d'oca; l' ultima finalmente quando un antico sacco erniario si è obliterato nel collo per la pressione di un cinto applicato sulla regione inguinale (5). La dissertazione del Regnoli è citata onorevolmente eziandio nei trattati chirurgici d'oltremonte.

---

(1) Osservazioni pratiche In: Mem. dell'Istituto Nazionale italiano. Bologna 1806 I P I p. 86. Oss. 2.ª

(2) Ann. un. Med. 1831 LVII 437.

(3) Instit. chir. Cap. XIV §. 1660.

(4) Mem. sull'idrocele del cordone spermatico. Pavia 1823.

(5) Intorno l' idrocele delle donne (Nuovo Giorn. dei Letterati di Pisa 1832 XXV 101)

Il Bertrandi nella precitata sua disquisizione sull' *Hydrocèle*, dà un esempio di raccolta sierosa tra la vagina ed il retto, cominciata in gravidanza, ed aperta due volte dopo il parto. La prima volta ne uscì acqua con alcuni coagoli di sangue, la seconda acqua pura. Ma dubito, scrive, il Monteggia in proposito, che questo fosse piuttosto un'ematocele, dove la prima volta si fosse fatta la separazione del siero dal sangue coagulato, con un consecutivo trasudamento sieroso. Vidi anche, soggiunge il medesimo scrittore, i tumori sanguigni alla testa dei neonati dopo averli evacuati del sangue, riempirsi per la seconda volta di umore sieroso innanzi di guarire (1). Il Prof. Ruggieri sotto il nome di *tumore mestruale* dava la storia, per diversi punti assai pregevole, di un ematocele retrouterino, che si era fatto strada tra il grande ed il medio dei muscoli glutei della natica destra successivamente a dismenorrea. Aperto il tumore, si trovò che il sangue in grandissima quantità stravasato, era diviso in varj strati facilmente l'uno dall'altro separabili, e meno consistenti quanto più interiori; appariva insomma chiaramente che quelli eransi formati in diversi tempi, e che da ciò dipendeva la non eguale loro durezza (2). Anche il Dott. Cartoni pubblicava nel 1823 la storia d'uno stravasamento, e raccolta di sangue, che ebbe origine dai vasi che trovansi nella piccola pelvi, evacuato felicemente mediante l'incisione della vagina (3). La storia dunque delle emorragie dentro il bacino non comincia soltanto, come si va dicendo, con Récamier e Laugier, i quali non iscrissero che dopo il 1830 (4).

E poichè è caduta la parola di *tumore mestruale*, ci par bene di ricordare un fatto assai singolare raccontato dallo Zannini nella precitata dissertazione *intorno ad alcune atresie vaginali*, cioè ch' egli vide, mentre natura per solito è impotente a svuotare l'utero del

---

(1) Instit. chir. l. c.

(2) Dizion. enciclop. di Chirurgia. Padova 1810 III 296. — Il medesimo Prof. Ruggieri narra di aver osservato in una meretrice tra la vagina ed il retto un grossissimo *steatoma*, il quale impediva l'evacuazione tanto dell'orina quanto delle feccie, ed era cagione di fierissime coliche. Il tumore passò finalmente in suppurazione cangrenosa e finì colla morte della malata. Nel cadavere si trovò l'utero cacciato assai in alto, forse spinto all' insù del sottoposto tumore e perfettamente sano (Ivi V 290).

(3) Nuovo Giorn. dei Letterati di Pisa 1823 IV 296.

(4) V. intorno l'ematocele peri o retrouterino anche il Capo 65.

sangue che dentro vi si raccoglie allorquando imperforate ne siano le vie, in una giovane da lui curata rompersi spontaneamente dopo lungo patire la membrana otturatrice (1). Se imperfettamente sian chiuse le parti, ovvero una semplice membrana faccia ostacolo, l'operazione d'aprire la vagina è senza pericolo, siccome per molti esempj è provato (2): ma ben diversa è la faccenda se manchi od incompiuto sia il canale vulvo-uterino; comecchè anche in questi casi utilissimo sia il soccorso dell'arte (3). Che se possa credersi non vi sia l'utero, o sia così quale è nel feto e nell' infante, qualsiasi tentativo chirurgico, perchè a nulla approderebbe, è da tralasciare: il Morgagni diè in proposito precetti, che rimarranno ognora nella pratica prudente (4).

Volendo far cenno dei varj tumori che crescono nelle vergogne della femmina, noteremo per primo lo straordinario lipoma, che il Dott. Basilio Angrisani estirpava dal grande labbro destro di una donna, e che in 15 anni erasi allungato fino alle sure: il suo peso giungeva quasi a 7 chilogrammi (5). Anche il Dott. Giuseppe Marmani svelse dal gran labbro sinistro un tumore fibroso, che introducevasi nella vagina, ed era lungo, per quanto ne appariva all'esterno 11 pollici (6). L'elefantiasi di coteste parti non è fatto molto comune, siccome appunto, tra noi almeno, la consimile deformità dello scroto: rammentiamo pertanto i seguenti casi:

Civinini Filippo, Egregio tipo d'elefantiasi: enorme tumore al pudendo muliebre (7).

---

(1) l. c. p. 36.

(2) Veggansi tra le altre le storie di *Antonio Benevoli*, (Dissert. ecc. Firenze 1747 p. 79), *Paolo Calvi*, (Gaz. med. Lomb. 1851 p. 245), *Francesco Da Camin*, (Memor. Medic. contemp. 1839 II 213), *Felice De Rensis* (Instit. chir. Napoli 1852 V 348), *Antonio Filippini*, (Raccoglitore med. di Fano 1853 VIII 138), *Serafino Maccarone* (Opusc. Soc. med. chir. Bologna 1830 VIII 65), *Giovanni Melchiori* (Gaz. med. Lomb. 1855 p. 145), *Gaetano Merulla* (Istruz. fisiol. prat. Napoli 1792 I 43), *Rossi Francesco*, (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Torino 1826 XXX 163), *A. Vittadini* (Gaz. med. Lomb. 1864), *Paolo Zannini* (Giorn. cit. p. 189). ecc.

(3) *Scarenzio A.*, Mancanza della vagina rimediata felicemente con l'operazione (Giorn. delle Malattie veneree A. 1868).

(4) De sedib. et causis morbor Epist. XLVI n. 12.

(5) Filiatre Sebezio 1843 XXVI 68.

(6) Sopra un tumore fibroso. Osserv. e Rifless. Pisa 1825. — *Paravicini L.*, Ciste ateromatosa del gran labbro destro felicemente estirpato collo schiacciamento lineare (Ann. un. med. 1858 CLXV 501).

(7) Indice del Museo patologico di Pisa. Lucca 1842 p. 115.

D' Ormea Sebastiano, Enorme elefantiasi del piccolo labbro sinistro (1).

Ambrosoli Carlo, Elefantiasi delle grandi labbra (2).

Tansini Fortunato, Elefantiasi del grande labbro sinistro della vulva (3).

Similmente se frequente è l'edema delle pudenda durante la gravidanza, altrettanto è cosa insolita che l'umore sieroso così si raccolga e perduri anche dopo il parto nelle piccole labbra da produrre più che mediocre intumescenza. Il Dott. Melchiori ne ha descritto un bell'esempio; i due tumori, grossi come uova di gallina, pendevano dall'una e dall'altra ninfa, e poichè recavano molestia alla donna vennero recisi (4). L' Huguier fece attenti gli anatomici ed i chirurghi che la glandola vulvo-vaginale può in vario modo alterarsi, divenire ipertrofica ad esempio: l'estirpazione appunto di questa glandola ingrossata venne fatta dal Gherini poco dopo che il chirurgo francese ebbe pubblicato il diligente suo lavoro (5).

(*Capo* 82.°)

CLITORIDOTOMIA. — AMPUTAZIONE DELL'UTERO.

La recisione della clitoride come rimedio della masturbazione nella femmina, che in questi ultimi anni ha menato tanto rumore specialmente in Inghilterra, fu praticata sin dal 1829 da Riberi: con la clitoride questi amputava anche le ninfe, ed otteneva con ciò che la paziente non solamente abbandonasse quel vizio, ma anche gua-

(1) Giorn. malat. Veneree 1868 V 164.

(2) Ivi V 331.

(3) Il tumore giungeva al ginocchio, e, poichè fu estirpato felicemente, pesava un chilogrammo e mezzo abbondante (Gaz. med. Lomb. 1870. p. 18).

(4) Gazz. med. di Milano A. 1844 p. 42.

(5) Ivi 1850 p. 169. — Il Dott. Orteschi nel suo Giornale di Medicina (Venezia 1764 II 53) notava di aver veduto uno *stranissimo tumore steatomatoso*, grande siccome il capo d'un uomo, in un labbro della vulva di una donna morta di malattia acuta.

rissero le sequele di esso, la leucorrea cioè, la metrorragia e la consunzione (1) Similmente il BRESCIANI de' BORSA liberò una zitellona da irrefrenabile salacia recidendo la clitoride divenuta per diuturno confricamento grossa quanto un pene (2). Il nostro FABRIZIO d'Acquapendente avea già raccomandato, dovendo fare cotesta operazione, di afferrare la clitoride, ch'egli con altri chiamava ancora *nympha*, mediante piccola tanaglietta, di stringerla poco a poco *ut adstrictione sensus hebetetur*, e quindi di reciderla (3). Ei vide altresì una clitoride lunga, quantunque flaccida, due o tre dita. E che tale prominenza possa allungarsi e crescere smisuratamente ve n'hanno molti altri esempj, con il sopprappiù di fattarelli più o meno credibili, e più sozzi che curiosi, circa l'uso di quello strumento di libidine: aggiungansi le non poche storie di ginandri ed avrassi dal PANAROLI (4) e dal PIAZZONI (5), scrittori del seicento, fino alle più recenti descrizioni dello ZANETTI (6) del MONDINI (7) e del GOLINELLI (8) copiosa letteratura. Dell'ingrossamento *lefantiasico* della clitoride fu già detto al Capo 12°; ma altra volta la clitoride diviene sede di tumori senza che propriamente essa prenda parte ne' medesimi. Tale fu quello di natura *fibrocellulosa* e pesante 18 oncie, che per essere attaccato con peduncolo venne agevolmente reciso dal Dott. SERAFINO STINGONE (9): l'escresenza lipomatosa levata dal Dott. ASSON era bensì attaccata saldamente all' orifizio vaginale, alle piccole labbra ed alla clitoride, ma l'origine sua era piú interna, molto vicina cioè al collo dell'utero, o per meglio dire nel luogo dove avea da essere, giacchè in quella donna esso affatto mancava (10).

Le estirpazioni dell'utero che non rare volte troviamo notate nei fasti della Chirurgia, piuttosto che dell'intiero viscere, sono recisioni

---

(1) Repertorio med. chir. di Piemonte A. 1837.
(2) Saggi di Chirurgia p. 168.
(3) Opera chirurgica. Patavii 1666 p. 267.
(4) Pentecost. IV Obs. 4, 6.
(5) De partibus generat. inservient. Patav. 1621 Lib. II Cap. 3 p. 113.
(6) Ann. un. Med. 1830 LIV 602.
(7) Novi Comment. Acad. Scient. Bonon. 1836 II 360.
(8) Bullet. Scien. med. 1868 V 109.
(9) Filiatre Sebezio 1839 XVIII 169.
(10) Gior. Veneto Scien. med. 1868 VIII 40.

di qualche sua parte caduta in basso, e protrusa fuori dalle pudenda, od anche del suo corpo arrovesciatosi. Oltre gli esempj per solito citati di Berengario da Carpi, abbiamo gli altri, non volendo uscire dall'Italia, più antichi del Gattinaria professore a Pavia (1), e dell'Agazzari medico e cronista piacentino del secolo XV, secondo il quale la donna da sè stessa con *propris manibus, totam matrem complectam* (verisimilmente cangrenata) *foras eradicavit* (2). Similmente il Dott. Giacomo Zambelli pochi anni fa narrava che una donna della campagna udinese strappavasi parte del corpo ed il collo dell'utero, che da più anni avea prolassato e che allora era caduto in cangrena: così mutilata la donna guariva (3). Nel caso riferito dal primo dei Nannoni se non v'ha l'atto della strappatura, che in realtà è piuttosto semplice distacco, la guarigione è maggiormente notabile', per ciò che la protrusione e lo sfacelo della matrice accaddero subito dopo il parto; *la materia putrefatta venuta fuori per la via delle pudende corrispose al volume dell'utero, sfacelato in tutta la sua sostanza e mole* (4). Anche il Benevoli scrive di aver veduto piombare tutto l'utero cancrenato, *in cui manifestamente si distingueva la vagina, e si scorgevano ancora i legamenti,* sopravvivendo la donna due giorni (5). Se non quante non furono e non possono essere tuttavia le cagioni di errore in proposito! Il Dott. Giuseppe Benvenuti nel secolo scorso ne esponeva un bel caso, che al Galli di Bologna porse occasione di farvi intorno savie riflessioni (6). E veramente vanno col nome di estirpamenti della matrice le recisioni parziali del suo collo, o de' tumori cresciu-

---

(1) In Nonum Almansoris. Cura exitus matricis. Papiae 1519 fol. 116.

(2) Chron. Civitatis Placentiae. In Monumen. Hist. Parmens. p. 66.

(3) Gaz. med. Prov. Venete 1864 p. 249.

(4) Memorie di Chirurgia di Angelo Nannoni per servire alla formazione del Secondo Tomo del Trattato sopra la semplicità del medicare i mali curabili coll'ajuto della mano. Siena 1774 Mem. III p. 7.

(5) Dissert. Firenze 1747 Oss. III p. 89. — Guariva eziandio un'altra donna dopo che in conseguenza di violenta *metro-gastro-enterite*, ebbe staccata molta parte della vagina e del collo dell'utero. La storia ne fu data dal Dott. A. Longhi, e quantunque manchi d'importanti ragguagli, nondimeno pare che veramente quelle parti si separassero e fuori venissero espulse (Giorn. delle Scien. med. chir. Pavia 1836 IV 174).

(6) De molis cujusdam carnosae, e vagina prolapsae, uteroque simillimae, resectione in muliere, deque observatis in ejusdem cadavere. In: *Benvenuti*, Observat. medic. Collectio. Lucae 1764 Obs. n. XXV.

ti sopra o dentro di essa. Ma ben diversa è la cosa riguardo all'amputazione dell'utero tuttora nel proprio sito, non rimosso cioè fuori della pelvi per forza di naturale od artificiale prolasso.

Monteggia nelle *Annotazioni pratiche sopra i mali venerei* quando il cancro *finisca* al collo stesso dell' utero (il quale nel rimanente può essere un po' ingrossato e indurito, ma non canceroso) proponeva d'amputare *con taglio trasversale tutta la bocca cancerosa dell'utero, che sporge dentro la vagina;* con la quale mutilazione si verrebbe a portar via tutto il cancro in molti casi (1). Il Monteggia non proponeva dunque l'estirpazione dell' intiero utero, secondo che si va predicando. E per vero anche nell' Istituzioni esso scrive molte volte il vizio del cancro essere limitato all'orificio dell'utero, onde parrebbe estirpabile: ned egli servivasi del taglio, ma della legatura in tre casi in cui il tumore sporgeva in vagina a guisa di fungo (2). Mori Lazzari di Parma parimente con la legatura recise un grosso *cancro*, che occupava tutta la cervice; ed il male essendo ricomparso alquanto più in alto nella cavità vaginale, con altra allacciatura fu fatto cadere il nuovo tumore. Morta l' inferma dopo alquanti mesi per altro morbo, trovossi che l'utero operato era privo del collo, ma sanissimo in ogni altra parte (3). Vero è che il Palletta nel 1812 cavò per intiero la matrice dal proprio sito; ma fu per accidente, anzi per errore, conciossiacchè ei non voleva sradicare che un sarcoma ulcerato, che pendeva dalla cervice dell' utero entro la vagina, comprendendo la cervice stessa secondo i precetti di Osiander. L'operata moriva in terza giornata; nondimeno il Palletta, tenendo conto delle straordinarie guarigioni operate più dalla ventura che dall'arte, conchiudeva l' estrazione e la crepatura dell'utero non essere assolutamente letali (4). Resta fermo quindi, che il primo il quale abbia estirpato *l' utero intero carcinomatoso dalla sua sede naturale* con metodo razionale e con precise regole fu il Dott. Sauter di Baden (5).

---

(1) Milano 1794 p. 177; 178. — Giornale della Società d'Incoraggiamento. Milano 1809 VII 160.

(2) Instit. Cap. XIV §. 1732.

(3) Giorn. della Soc. med. chir. di Parma 1812 XI 30.

(4) Storia d'una matrice amputata (Mem. dell' Istituto Lomb. Veneto 1819 I 17).

(5) Die gänzliche Extirpation der carcinomatösen Gebärmutter. Constanz. 1822.

Non per ciò meno ragguardevole è la parte nostra in quest' argomento; anzi dirò che è la più gloriosa, appunto perchè l' esperimento va messo ognora innanzi alla pratica azzardosa. Il celebre Cocchi, vedendo inutili tutti i farmaci nella cura del cancro, sollecitò un suo discepolo, maestro di chirurgia in S. Maria Nuova, già da noi più volte in questa storia con onore citato, a tentare su le cagne e le pecore l'estirpazione dell' utero, *tentamina*, *quae fortasse possent aliquando in hominum commoda transferri*. Che dagli animali cotal viscere si possa cavare, e che cavato quelli possano vivere, il Cavallini con gli sperimenti lo mostrava; ma non perciò conchiudeva, che altrettanto impunemente si potesse fare nel corpo umano, *quod forte felicior aetas obtinebit* (1). L'opera dell' ingegnoso e prudente chirurgo fiorentino fu dimenticata, tanto che neppure la citavano coloro i quali maggiormente, ma non con buone ragioni, avrebbero voluto che tutto nostro fosse il merito di aver concepito e messo in pratica l'estirpazione dell'utero siccome unico rimedio di crudelissimo morbo. La quale operazione per certo tempo anche in Italia ebbe caldi fautori. Il Dott. Canella alla traduzione dell' opera del Sauter, stampata a Milano nel 1823, aggiungeva molte note e la descrizione di un metrotomo di sua invenzione. Il Dott. Giambattista Bellini proponeva successivamente tre metodi: *la recisione uterina circolare* eseguibile col cucchiajo distaccante da lui immaginato sin dal 1828 (2); lo strangolamento uterino bilaterale da praticarsi con doppio laccio (3); lo *strangolamento uterino posteriore* con una sola incisione ed un sol laccio, circondando superiormente l' utero e stringendolo grado a grado come un polipo (4). Ben diversamente di

---

(1) Tentamina medico-chirurgica de felici in quibusdam animantibus uteri extractione. Florentiae 1768. — Lorenzo Nannoni e Giuseppe Guidetti ripeterono felicemente le suddette prove del Cavallini; ma il professore fiorentino non ne traeva diversa conchiusione. « Quantunque sia stato abolito con buon esito l'utero ad un quadrupede, come la cagna, non incoraggisce che il poco riservato chirurgo ad intraprendere uguale operazione sulla donna (*Nannoni*, Trat. d'Ostet. Pisa 1794 p. 30) ».

(2) Estirpazione parziale d'un utero scirroso, idropico ed inviluppato nella vescica orinaria (Ann. un. Med. 1828 XLVII 355 — Opusc. della Soc. med. chir. di Bologna VII 43).

(3) Nuovi metodi facili, spediti e sicuri per le totali estirpazioni dell'utero in sito. Faenza 1834. — Stromenti e processi nuovi per estirpare in parte o in totalità l'utero. Lugo 1832.

(4) Strangolamento uterino posteriore, ossia totale estirpazione dell'utero ecc. (Archiv. di Scien. med. fis. Toscane 1837 I 22).

30 o 40 anni fa oggi si pensa intorno quest'operazione (1): piuttosto che disputare se possibile sia di farla, s'indaga qual utile ne venga facendola; perciocchè non è tanto l'atto operativo che trattenga la mano del chirurgo, quanto la natura della malattia, il suo stato, le sue complicazioni. Le nuove idee intorno il cancro, o per meglio dire il ritorno in parte a quelle suggerite dalla candida osservazione clinica, dovevano naturalmente mutare le opinioni dei chirurghi. Su questo appunto insisteva il Regnoli nel Congresso di Firenze, allora che il Prof. Rossi di Parma presentava l'intiero utero strappato nel parto *con tutte le sue adjacenze* da barbara ed ignorante mammana ad una donna del contado di Piacenza, e che pur nondimeno guarì, e così mutilata continuò a vivere in discreto stato di salute (2). Questo fatto e gli altri consimili di Wrisberg, di Zeiller ecc. potranno dar animo al chirurgo di estirpare l'utero rovesciato ed assolutamente irreducibile, siccome hanno fatto di recente Clintock, Byrne, Ratigan ecc. rinnovando una vecchia operazione (3); ma non potranno prendersi in esempio od in conforto per tentare in tal guisa la cura radicale del carcinoma uterino (4). Temeva Monteggia che da pochi,

(1) La Società medico-chirurgica di Bologna fe' soggetto di premio nel 1833 il quesito « Se sia ammissibile fra le operazioni chirurgiche l'estirpazione completa dell' utero ecc. ». Vi rispose il Dott. Carron Du Villards, e la sua dissertazione, giudicata degna d' onorevole menzione, fu pubblicata nel T. IX degli Opuscoli della Società stessa.

(2) Atti del Congresso di Firenze A. 1841.

(3) Il Molinelli Professore a Padova nella seconda metà del seicento, trattando nelle sue *Dissertationes anatomico-patologicae* del prolasso dell'utero, scrive « Alias amputatione curatur, ligata uteris decumbentis cervice, mox abscisso infra nodum utero, et relicto filo extante, donec sponte sua decidat; quam curandi rationem tutissimam semper sum expertus, adhibuique pluries, in vetulis praesertim (Venet. 1675 p. 329) ». — Anche Michelangelo Rota, medico veneziano, si sarebbe servito dell'amputazione nell'inveterato prolasso dell'utero, secondo che scrive Enrico Moinichen nelle *Observationes medico-chirurgicae* (Dresdae 1691 p. 17). — Il Portal diè fuori la storia di *rovesciamento compiuto dell'utero guarito colla escisione* (Bullet. delle Scien. med. 1841 XI 123); ma che così fosse sicuramente non bene appare dall'imperfetto racconto. In ogni modo l'escisione non venne fatta che quando il laccio in prima, e poscia il serranodo ebbero così strozzato il tumore da non restarne che un gambo grosso quanto un dito.

(4) Il Dott. Vincenzo Lesi ha pubblicato or ora la storia di *estirpazione totale dell' utero canceroso, mediante un processo misto di gastrotomia e legatura* (L'Ippocratico 1871 XIX 271, 297): la donna, d'altronde in miserrimo stato, moriva 55 ore dopo l' operazione in conseguenza di peritonite. Nondimeno l'autore nutre ognora fiducia che l'*estirpazione dell' utero canceroso, un qualche giorno, prenderà posto fra le operazioni regolari.*

e forse da niuno verrebbe approvato quel suo progetto di *amputare con taglio trasversale tutta la bocca cancerosa dell'utero:* eppure la recisione del collo dell'utero divenne non molto dopo *operazione di moda!* La credenza che il cancro non fosse che un'affezione locale consigliava cotest'espediente; la facilità di praticarlo, raccomandavalo; i buoni effetti, che se ne vantavano, mettevan fiducia nelle promesse: ma assai volte amputavansi colli di utero ne' quali erano soltanto lievi ulceri della membrana mucosa. E prima ancora che il Serres ciò avvertisse, prima ancora che Pauly facesse conoscere qual valore avea l'operazione di cui il Lisfranc sì largamente servivasi, parecchi de' nostri chirurghi mettevano in dubbio l'efficacia della recisione del collo dell'utero afflitto da carcinoma. Fra questi era pure il Palletta, che vedemmo così disposto ad estirpare l'intiera matrice (1). Il Cartoni consigliava, siccome fu detto, l'amputazione parziale del collo dell'utero per correggerne la deforme conicità, condannandola invece nella malattia cancerosa del collo stesso (2). Similmente il Prof. Riberi limitava siffatta operazione ne' casi d'ipertrofia del collo dell'utero, o delle labbra del muso di tinca (3).

Il collo dell'utero talvolta cade nell'opposto difetto, cioè non raggiunge la naturale crescenza, o diviene atrofico: ciò può essere cagione d'infecondità, e su quest'argomento il Prof. Vannoni instituì diligenti osservazioni da lui pubblicate nel Giornale del Progresso di Firenze A. 1849.

---

(1) Exercitationes Pathologicae P. II 120.

(2) Di alcune innormali disposizioni dell'utero ecc. Pisa 1838.

(3) Giorn. delle Scien. med. di Torino 1843 XVII 37.

(*Capo* 83.°)

PROLASSO DELL' UTERO. — PERINEO-CHEILORAFIA. — POLIPI DELL' UTERO. SPECULUM.

Il prelodato CAVALLINI notava, che molte volte quantunque si dica esservi prolasso dell' utero, questo viscere non è punto mosso dal proprio luogo, siccome mercè dell'osservazione anatomica potè persuadersi «quidquid vero e pudendis propenderet, id a solis membranis vaginam constituentibus mirum in modum laxatis evenire compertum est (1)». Egli quindi meravigliavasi, che sì valente anatomico quale fu il RUISCHIO avesse potuto credere di avere reciso l'utero procidente scirroso, quando veramente non tagliò che la vagina. Le recenti indagini del RIZZOLI e dell' HUGUIER hanno confermato, che la matrice quasi mai precipita in basso, ma più spesso protrude fuori il collo allungatosi e divenuto ipertrofico, quando nella porzione superiore alla vagina, quando nell' inferiore. Il graduale arrovesciamento della vagina non è che una successione dell' ingrossamento del collo; ed anzi nella discesa possono essere tratte l'uretra, porzione della vescica e dell' intestino retto senza che per ciò il corpo della matrice muti gran fatto di posto (2).

---

(1) Op. c. p. XXXVI.

(2) Per le diverse complicazioni, che al prolasso andavano unite, sono di qualche importanza due storie scritte dal Malacarne: la prima riguarda un' *ernia intestinale nella vagina procidente al perineo e fuori della vulva*, con obbliquità ed antiversione dell' utero, la cui bocca mancava del labbro anteriore, e con otturamento di una tuba faloppiana. La seconda storia riferisce il caso d' un *abbassamento d'utero alternantesi con enorme sfiancamento dell' intestino retto e delle ultime piegature del colon*; cioè rilassati i legamenti della matrice, questa dalla massa degli escrementi accumulati nelle ultime piegature del colon era costretto a precipitare nell' escavazione, risollevandosi poscia che l' intestino s' era svuotato (Mem. della Soc. ital. delle Scienze 1870 XIII P. II 119). — Sotto altro rispetto è pure meritevole di menzione una lettera del Palletta intorno all' inveterata discesa d' utero scritta ai direttori del *Nuovo Giornale della più recente letteratura medico-chirurgica d' Europa*. (Milano 1792 III 352): e percioc-

Coteste osservazioni anatomo-patologiche il Rizzoli le instituiva sin dal 1844, quantunque non siano state rese note che nel 1850 da un suo assistente (1): la memoria dell'Huguier venne invece pubblicata fra quelle dell'Accademia imperiale di Medicina soltanto nel 1859. Ma veramente i primi studj intorno l'allungamento del collo dell'utero simulante il prolasso di questo viscere partono dal Morgagni, che ne descrisse un bellissimo esempio nella XLV delle sue lettere anatomiche mediche (N. 11).

Il Rizzoli poi trovava, ciò che all' Huguier non venne fatto di vedere, che contemporaneamente può darsi l'ipertrofia longitudinale della porzione sopra ed intravaginale del collo della matrice, mantenendo il corpo dell'utero le naturali dimensioni, benchè esso pure abbassato. Il prolasso se talora è formato dalla sola ipertrofia della porzione intravaginale del collo della matrice (ed il Rizzoli n' ha veduto un bel esempio in una vergine, nella quale il collo lungo e sottile usciva per 4 centimetri dalle grandi labbra attraverso l'imene intatto di forma circolare): tal'altra il prolasso stesso deriva dalla ipertrofia della sola porzione sopravaginale; e ciò pure il medesimo autore trovava nel singolarissimo caso di utero bicorne biloculare descritto dal Dott. D'Ormea (2).

Per impedire tali protrusioni del collo, o del corpo della matrice varie maniere di pessarj sono state immaginate, ed anche una semplice ed ingegnosa dal Prof. Giordano (3). Ma cotesto sostegno non

---

chè con semplici espedienti, cioè gradatamente premendo sulla porzione di vagina, che ultima era fuori uscita, e tenendo l' inferma in tale posizione che le natiche fossero più alte del petto; giungeva a rimettere dentro la matrice quando ogni cosa dava a credere fosse irreducibile.

(1) *Taruffi C.*, Intorno alla cura dei prolassi degli organi generativi delle donne (Bullet. delle Scien. med. 1850 XVII 305).

(2) Bullet. Scien. med. 1867 IV 422. — *Rizzoli*, Collez. delle Mem. chir. II 370. — Il Dott. *Minich*, fa cenno di un caso da lui veduto, nel quale l'allungamento ipertrofico della parte sopravvaginale del collo dell'utero non poteva esser messo in dubbio; giacchè, esplorando con adatto catetere, nel collo dell'utero trovossi certa *aderenza* circa mezzo pollice dentro la bocca (Giorn. Veneto delle Scienze med. 1856 V 390).

(3) Il pessario del Prof. Giordano è *bivalve*, e le sue due ali, congiunte in basso mediante una molla a verme, sostengono, premendovi contro, le parti laterali della vagina senza recare veruna molestia al collo dell'utero, alla vescica ed al retto. Il Prof. Rizzoli ha suggerito una particolare pinzetta perchè la donna possa da sè medesima applicarsi il pessario, e moderare in pari tempo lo scatto della molla che allontana le valve (Bullet. Scien. med. 1865 XXIV 241).

potendo in ogni caso bastare, i chirurghi procurarono di trattenere l'utero dentro le pudenda, restringendo o chiudendo la vulva ed anche la parte inferiore della vagina. Il Dott. Giovan Battista Bellini, imitando la pratica di Dupuytren nei prolassi dell'intestino retto, proponeva, ed in un caso l'eseguiva, la *colpodesmorafia*, cioè la strozzatura con cucitura cruenta di una striscia o colonna della mucosa vaginale. Tale operazione, quegli diceva, si potrebbe instituire secondo il bisogno, o da un sol lato o da entrambi, formando, mediante tanti punti a filza, condotti fino al collo dell'utero fuori uscito, una o due isolette bislunghe o due ∩ rovesciati, i quali col tirare i fili in basso verrebbero a comporre tanti sacchetti che cadrebbero in mortificazione (1). Questo metodo della legatura della mucosa, che già vedemmo adoperato per rimediare al cistocele (2), ha poi generato varj processi, tra' quali quello ingegnoso dell'Huguier (3); ma, se soltanto si guardi al comune effetto di restringere la vagina, anche la cauterizzazione può essere compresa nel metodo medesimo.

Il Rizzoli, partendo dal concetto di Fricke intorno l' *episiorafia*, cruentava, oltre che tutta quanta la faccia interna delle grandi labbra, anche il margine vaginale del perineo, e formava così un triangolo coll' apice in basso, che quindi univa con la sutura clavata (4). Questo processo usato dall'autore fin dal 1843 (5), è già stato più volte anche da altri chirurghi utilmente adoperato: esso, dice il Dott. Romei, oltre che facile, è sicuro, poichè impedisce, come realmente da parecchi casi è confermato, la recidiva; non vieta lo sgorgo degli umori che colano dall'utero, e neppure l' accoppiamento e la fecondazione; la quale avvenuta, il parto, secondo che il Dott. Pilla

(1) Colpodesmorafia, o sia nuova operazione per la cura del prolasso sì della vagina come dell'utero. Firenze 1835. — Prolassi e cancri della vagina e dell'utero: provvedimenti terapeutici e chirurgici dai diversi pratici e operatori sperimentati per guarirli (Filiatre Sebezio 1843 XXV 266, 1844 XXVII 3, 1846 XXIX 91 e seg.)

(2) V. Capo 70.

(3) Afferma l' Huguier di aver veduto sessanta rettoceli vaginali, ma probabilmente parecchi di questi casi, come riflette il Dott. Melchiori in un articoletto in cui espone un bel caso di voluminoso rettocele, erano semplici rovesciamenti della parte posteriore della vagina (Gaz. med. Lomb. 1848 p. 27).

(4) Della perineocheilorafia nella cura dei prolassi della matrice (Memorie dell' Accad. delle Scienze di Bologna 1862 XII 273).

(5) Bullet. delle Scien. med. 1843 IV 337.

fra gli altri ha notato, spontaneo e naturalmente succede (1). Lo stesso Dott. Romei riferisce che sparato il cadavere di donna, a cui il Rizzoli avea praticato per cagione di prolasso uterino la perineocheilorafia, videsi che non solamente gli organi genitali interni erano rimasti nascosti; ma che anzi aveano *riacquistato la naturale loro posizione*. Grande ventura sarebbe se in ogni caso noi potessimo conseguire altrettanto.

I polipi attaccati al fondo dell'utero col crescere che fanno sel traggono dietro rovesciandolo, mentre che essi s'allungano in vagina. Il Palletta, molto prima di Dupuytren, rimise in pratica l'escisione stata abbandonata per soverchio timore dell'emorragia, e per ossequio al Desault, grande encomiatore dell'allacciatura (2). Egli quindi anche si servì della torsione; e in questo modo svelse il polipo di quella donna che era incinta, e che poi sgravossi felicemente a suo tempo (3). In altra donna gravida nell'ottavo mese Francesco Rossi legò il polipo che riempiva, scendendo dall'utero, la vagina, e lo recise sotto la legatura; il parto avvenne felicemente, ma dopo 19 giorni l'inferma moriva, e trovossi abbondante suppurazione nella sostanza rimasta del polipo stesso (4). Uguale operazione fece già il chirurgo veneziano G. B. Colombani in una donna ridotta agli estremi da continua emorragia: se non che il grosso tumore poliposo, che pesava sei libre ed occupava tutta la vagina non usciva dall'utero, bensì vicino al suo orifizio stava piantato (5). Narra il Dall'Arme che certo chirurgo di Fano, Giuseppe Ubaldini, poichè ebbe con buona fortuna estirpato due tumori l'uno attaccato alla vagina, l'altro allo stesso utero recidendoli sotto il peduncolo innanzi allacciato, non gli parve di dover far conto della legatura capitandogli nuovo sarcoma uterino da curare: laonde ei cominciò a tagliare a fette il grosso tumore, ma tosto che il coltello tocconne la radice, il sangue, di cui prima neppur goccia era uscita, sgorgò sì im-

---

(1) Bullet. delle Scien. med. 1864 XX 76, 1865 XXIV 241, 1866 II 161.

(2) Osserv. prat. In: Mem. dell'Istituto Nazionale. Bologna 1806 I P. I Oss. I.

(3) Exercitationes pathologicae II 78.

(4) Élém. de Médec. opérat. II 128.

(5) *Orteschi*, Giorn. di Medic. Venezia 1764 II 51.

petuosamente che in breve la povera donna fu tolta di vita (1). Dal Benevoli eziandio fu usata l' allacciatura per estirpare un tumore, *supposto procidenza dell' utero*, che era attaccato alle membrane della vagina d'una giovane e n'usciva fuori per dieci dita trasverse: ma per vero dire quella servì altrimenti da ciò che avrebbe dovuto; imperciocchè stringendo il laccio non si serrò soltanto l' attaccatura del tumore, bensì tutta e subito restò recisa (2).

Uno de' primi in Italia a servirsi degli strumenti del Levret per la legatura dei polipi uterini fu il Galli ostetrico in Bologna (3): altri poi attese a modificare i procedimenti di quest'operazione (4). Nondimeno la pratica del Palletta ebbe seguaci, onde che parecchie storie di grossi polipi estirpati mediante la recisione leggonsi nei nostri Giornali medici: quelle del Comi, vogliono essere particolarmente ricordate (5). Nella donna del Flumiani il tumore era contenuto nella cavità dell'utero donde venne tratto fuori con l'ajuto di adatto forcipe (6).

Il Prof. Rizzoli, volendo congiungere i vantaggj della sezione con quelli della legatura, pensò di servirsi della *pinzetta costrittrice*, già ricordata parlando dell'estirpazione delle tonsille. Praticato tale processo in tre casi di polipo uterino, in cui era necessario evitare la perdita di sangue per causa dell' estrema debolezza delle inferme, con molta facilità il polipo venne stretto e staccato nello stesso giorno, o non più tardi del successivo per mortificazione. In una signora

---

(1) Saggi di Medicina. Faenza 1768 Oss. XLVI p. 175.

(2) Dissertaz. Firenze 1747 Oss. VI p. 101.

(3) *Benvenuti*, Observ. medic. Collectio. Lucae 1764 p. 209.

(4) L'apparecchio di Desault per la legatura dei polipi dell'utero è stato ridotto a grandissima semplicità dal Prof. Porta. Componesi, dice il Dott. Mazzuchelli che lo descrive, di due serralacci, che sono due tente con larga cruna all'estremità superiore, e di un cordoncino, che duplicato passa per le crune stesse, e nella cui ansa (che formasi fra i due serralacci ed insieme portanodi) va imbroccata la base del polipo, e quindi strozzatone il peduncolo attorcigliando il cordone (Ann. un. di Med. 1866 CXCVII 588). — Anche il Dott. Francesco De Laurentiis di Napoli modificava alquanto il serranodi per rendere più facile la legatura (Rendic. dell' Accad. med. chir. di. Napoli 1856 X 12). Altre variazioni furono fatte all' apparecchio anzidetto dal Petrunti (Archivj di Med. e Chir. Napoli 1830), dal Della Cella (Repert. med. chir. Torino 1835 p. 289) ecc.

(5) Gaz. med. di Milano A. 1845 p. 394 p. 93 1846 Ann. un. Med. 1848 CXXVI 449).

(6) Ann. un. di Med. 1847 CXXIV 20. Mem. Medic. contemp. 1848 XIX.

che avea due polipi nell' intestino retto, il peduncolo del più piccolo fu stretto con la legatura, il maggiore schiacciato mediante la mentovata pinzetta: questo cadde subito il dì dopo, l'altro soltanto dopo il quarto; di più la legatura riescì dolorosa e men facile della costrizione (1). Quando poi il polipo sia voluminoso, il Rizzoli, anzichè lasciarlo cadere non senza pericolo in isfacelo, lo recide al di sotto della pinzetta; e per render l'operazione più facile ei modificò il predetto suo strumento in modo, che come schiaccia nel lato inferiore dentato delle sue branche, così incida coll'altro lato sovrapposto o superiore e tagliente (2). Nondimeno v' hanno casi in cui la legatura più degli altri metodi viene opportuna, o ne' quali essa rende più agevoli e sicuri i successivi procedimenti chirurgici. Così il Bresciani de Borsa recideva, allacciatone innanzi il peduncolo, un tumore fibroso attaccato al fondo dell' utero e pesante più di 10 libbre (3). Parimente il Prof. Enrico Berti in una donna macilente per il molto sangue perduto, consunta dalla febbre e dalla diarrea, preferì la legatura. Il polipo, probabilmente fibroso, avea il diametro circa d'un pollice, sorgeva dalla parte più alta del collo uterino, e calava nella vescica, dove pure solidamente attaccavasi con l'altra estremità, formando così una specie di ponte: nondimeno legato il solo peduncolo uterino, e mortificatosi il tumore, questo senz' altro stacossi anche dalla vagina (4).

I polipi uterini eccitano talora fenomeni strani e riflessi in parti lontane dalla loro sede. Un esempio se ne ha nella giovane impolluta operata dal Dott. Comolli; la quale, tolto che le fu il polipo dall'utero, liberossi delle convulsioni prima ancora che si fosse ristorata del molto sangue che avea perduto (5). Invece nella signora, di cui narra la storia il Dott. Marzuttini, il polipo crebbe in mole grandissima senza che disturbi tanto locali, quanto generali ne dessero sospetto: sopravvenne ad un tratto strabocchevole emorragia,

---

(1) Sopra un nuovo processo operatorio da preferirsi in alcuni casi per la cura dei polipi dell'utero, e del retto (Bullet. Scien. med. 1860 XIII 395).

(2) *Giovanini Ant.*, Intorno a due voluminosi polipi uterini sottomucosi snucleabili e ad una pinzetta schiaccio-incisiva del Prof. Rizzoli (Bullet. Scien. med. 1869 VII 420).

(3) Saggi di Chirurgia p. 121.

(4) Lettere chir. Livorno 1869 p. 5.

(5) Ann. un. di Med. 1866 CXCVII 354.

e quel chirurgo introdotta la mano nella cavità dell'utero, ne staccava il tumore, che vi stava abbarbicato sul fondo occupando lo spazio di 12 pollici e mezzo! (1). FRANCESCO ROSSI dice d'aver trovato due volte de' polipi nelle tube faloppiane (2).

Finalmente i polipi ed altri consimili tumori certe volte staccansi spontaneamente dall'utero: il MINICH ne riferiva poco fa un esempio; ed il fibroma in tal guisa espulso avea l'aspetto e la mole d'una placenta (3). Il Prof. SANGALLI ne registrava nello stesso tempo altri due esempi (4). Più importante ancora è il caso riferito dal Dott LEOPOLDO ORLANDINI, imperocchè due grossi polipi non impedirono che probabilmente due gravidanze si compissero, e l'ultima, quando già senza dubbio essi erano formati, giungesse sebbene gemella fino al 7° mese: dopo di che, sopraggiunta gravissima malattia nel puerperio, i polipi si distaccarono, da per sè, lasciando ancora l'utero in così buono stato da poter la donna pienamente guarita concepire di nuovo e felicemente partorire (5).

Noi qui potremmo accennare alquante delle più rare alterazioni dell'utero notate nelle nostre opere e nei nostri giornali; cominciando dalla grossa concrezione ossea dal nocciolo calcare, che il MALACARNE trovava in una tuba ed in un corpo luteo (6); dalla meravigliosa storia del Dott. V. J. BERTOLA, che narra la matrice in una vecchia mai maritata essere divenuta grossa quanto la testa d'un uomo, pesante 23 libbre, e mutata in una sostanza simile alla diploe delle ossa, onde che per aprirla fu mestieri d'adoprare la scure (7). Ma questo ci condurrebbe in un campo, che abbiamo detto essere d'altrui. Contentiamoci di ricordare che il predetto Prof. SANGALLI di tali alterazioni ha appunto raccolti parecchi esempj nel suo Giornale d'anatomia e Fisiologia patologica (8).

Fra i mezzi, che hanno condotto la diagnosi delle malattie uteri-

---

(1) Gaz. med. Prov. Venete 1862 p. 417.
(2) Elém. de Médec. operat. II 122.
(3) Giorn. Venet. Scien. med. 1867 VI 223.
(4) Giorn. d'Anat. e Fisiol. patol. Milano 1867 IV 70, 71.
(5) *Berti Enrico*, Lettere chirurgiche. Livorno 1869 p. 13.
(6) Auctarium observationum etc. Patavii 1801 Tab. II.
(7) Ann. un. Med. 1818 V 44.
(8) A. 1867 IV 35 e 65.

ne all'esattezza, che la moderna chirurgia a buon diritto può vantare, certamente tiene il primo posto lo *speculum*. Sarebbe per altro grave errore il credere ch' esso solo basti per giudicare rettamente delle malattie degli organi genitali interni della donna: iperbole invero fu il dire che la ginecologia sia sorta allora che appunto lo *speculum uteri* dai chirurghi venne generalmente adoprato. Anche gli antichi aveano dilatatori e specchj vaginali: Santorio, come sappiamo, servivasi d'uno *speculum oris Uteri* per injettare in questo viscere acque termali e varie decozioni detergenti *pro sanandis ulceribus, et aliis uteri affectibus, qui tanquam insanabiles ab aliis medicis relinquuntur* (1).

Per riunire tutti i vantaggj delle specie fondamentali di speculum il Prof. Fabbri rendeva quadrivalve e insieme di più comodo maneggio, lo speculum conico-bivalve di Coxeter, del quale parla con molta lode il Bennet nel suo trattato pratico dell' Infiammazione dell'utero. Questo speculum può scomporsi e ricomporsi in un momento; ond'è a piacimento o puramente conico od a più valve, e si riduce anche a *speculum univalve*, ovvero a *cucchiaja*. La sua configurazione a modo di tubo conico ne rende facile l'apponimento, essendo specialmente munito del fusto di ebano della Boivin. Per agevolare poi l' introduzione del collo dell'utero nello speculum, il Fabbri consiglia l'esplorazione rettale nel mentre che si mette a posto lo strumento; perciocchè l' indice della mano, insinuato che sia nel retto, facilmente attraverso la parete vaginale sente col suo polpastrello il collo dell' utero. La mano poi che dirige lo speculum ne volge l'estremità verso quella parte, nel tempo stesso che l' occhio, guardando pel vano del tubo, avvisa il dito esploratore dei movimenti che deve operare perchè il collo premuto da esso entri ad occupare l'estrema apertura dello speculum (2).

---

(1) *Sanctorii*, Op. omnia. Comment. in Fen Avicennae. Venet. 1660 III 609.

(2) Descrizione di uno Speculum uteri (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1859. IX 229).

(*Capo* 84.°)

FISTOLE VESCICO-VAGINALI.

Non v' ha forse malattia tanto schifosa e malagevole a riparare, quanto la fistola vescico-vaginale. Fra tutti i metodi proposti quello designato col nome di *metodo americano* per diverse ragioni oggi generalmente viene preferito (1): nondimeno esso non può in tutti i casi bastare, e d'altra parte è pur bene aver presente che tal metodo, anzichè per intiero originale, è il complesso di modificazioni fatte agli atti operativi usati negli altri procedimenti di sutura, tolte eziandio da questa le molteplici addizioni di cui l' ingegnoso Jobert l'avea più che arricchita, complicata (2). I due chirurghi bolognesi Malagodi e Fabbri rimisero in onore la cucitura per chiudere le fistole vescico-vaginali; adattarono il processo alla specialità dei casi, ed anche suggerirono particolari strumenti, acciocchè meglio si potesse cruentare e cucire la fistola (3). Velpeau riferendo il processo del Malagodi vorrebbe far credere che la guarigione della malata, in cui quello fu adoperato, piuttosto che della sutura, fosse effetto della cauterizzazione fatta con il nitrato d'argento (4): ma per verità il caustico non fu adoperato che per compiere la cura, quando già i due punti posteriori della

---

(1) Il Prof. Marzolo di Padova dovendo eseguire alcune operazioni di fistola cisto-vaginale, secondo i precetti di Marion Sims. e di Bozeman. pensò al modo di rendere più agevole l' impresa con alcuni speciali artifizj e nuovi strumenti, ch' ei poscia descriveva nella Gaz. med. Prov. Venete (A. 1868 n. 18 e 19). — Anche i Dott. Peruzzi, Bottini, Mazzoni, Carretti ecc. hanno fra noi adoperato con buona fortuna tal metodo, in qualche punto avendolo pure modificato.

(2) Il Dott. Carlo Busi seppe in un caso ingegnosamente semplificare il metodo autoplastico per ispostamento del chirurgo francese (Bullet. Scien. med. 1854 II 189).

(3) *Malagodi*, Intorno ad una nuova operazione in caso di fistola vagino-vescicale (Raccoglit. med. di Bologna 1829 p. 38). — *Fabbri G. B.*, Sopra un caso di fistola vescico-vaginale guarita colla cucitura (Opusc. della Soc. med. chir. di Bologna 1830 VIII 1). Memorie intorno ad alcuni nuovi istrumenti per cruentare e cucire le fistole vescico-vaginali (Mem. della Soc. med. chir. di Bologna II 163 e 653). — *Torracchi Zanobi*, Fistola vescico-vaginale guarita con la cruentazione e sutura semplice a punti staccati (Gaz. med. Toscana 1853 p. 281).

(4) Eléments de Médec. opérat. Bruxelles II p. 457.

sutura aveano adotto perfetta unione, il terzo soltanto, quello più vicino all'uretra avendo lacerato i tessuti. Il Malgaigne per l'opposto, sì poco conto faceva della cauterizzazione da credere, che neppure la più piccola fistola ne potesse venir chiusa (1): ma ciò dai fatti è apertamente contraddetto. Il Prof. Rizzoli anche di recente metteva in vista il valore di tal metodo nella cura delle fistole vagino-vescicali, metodo che specialmente ha il pregio della semplicità e della mitezza. Nondimeno, malgrado i buoni risultamenti da lui e da parecchi suoi discepoli (2), siccome dal Monteggia (3) e da altri ottenuti (4), ei consente che poco o nulla potrebbe giovare la cauterizzazione, quando molt'ampia fosse la morbosa apertura che chiudere si dovesse: nel qual caso converrà invece ricorrere alla sutura, serbando i caustici per chiudere del tutto quelle aperture fistolose, che soltanto parzialmente si fossero otturate mercè della sutura stessa. Di eguale avviso fu il Dott. Zangrandi di Piacenza, il quale per rendere più facile l'avvivamento de' margini fistolosi e la loro cucitura, immaginava speciali portaghi, e similmente per meglio condurre e graduare la cauterizzazione proponeva di applicare intorno gli orli della fistola una reticella metallica da riscaldarsi poi trasmettendo il calorico col mezzo dell' asta a cui la reticella stessa andava connessa (5).

Ma la sutura ed anche la vescicoplastica in qualche circostanza potrebb' essere insufficiente od inattuabile, siccome allo stesso Rizzoli venne fatto di vedere. In una giovane sposa, che partorendo dovè subire grave operazione ostetrica, e che d'allora in poi cominciò a perdere senza avvedersene l' orina, neppure sarebbe stata conveniente l' abolizione dell' osculo vaginale, proposta da Vidal, affine d'impedire il prolasso della vescica, e nel tempo stesso la-

---

(1) Manuel de Médec. opérat. Paris 1861 p. 769.

(2) *Lesi Vincenzo*, Due casi di fistola vescico-vaginale guariti col cauterio attuale (Bullet. delle Scien. med. 1864 XXI 340). — *Rizzoli*, Lettera diretta al Dott. Cav. Peruzzi In: Collez. di Mem. chir. II 407. (L'Ippocratico A. 1864 p. 517 — Bullet. Scien. med. 1867 IV 226).

(3) Instit. chir. Cap. XI §. 1396 Nella fistola, di cui il Monteggia fa cenno, entrava la punta d'un dito, e la cauterizzazione fu fatta con trochisci di minio.

(4) *Gajani Mariano*, Sopra un caso di fistola vescico-vaginale guarita col caustico potenziale (Raccoglit. med. di Fano 1838 T. 1) — *Pecchioli Zanobi*, Fistola uretro-vaginale curata e guarita coll'applicazione del nitrato d'argento fuso (Gaz. med. Toscana 1852 p. 235) ecc.

(5) *Zangrandi Luigi*, Delle fistole vescico-vaginali e della loro cura. Piacenza 1844.

sciare campo alle orine di raccogliersi in vagina; perocchè quand'anche si fosse chiuso l'ingresso della vagina, le orine non avrebbero potuto soffermarvisi; ma sarebbero di continuo uscite dal meato urinario a motivo della distruzione avvenuta non che nella vescica, nel canale dell'uretra. Pertanto il Rizzoli si decise non già di chiudere l'osculo vaginale, ma di turare presso che del tutto la vulva, lasciando in corrispondenza della commessura superiore solamente un piccolo pertugio; con che si sarebbe impedito il prolasso della vescica, e si formava un nuovo canale uretrale nello spazio superiore della vulva. Le grandi labbra furono riunite con le stesse norme seguite dall'autore per la perineo-cheilorafia. L'operazione fu felice. Per rimediare poi all'uscita involontaria dell'orina, giacchè il nuovo canale non avea sfintere, fu adottato l'espediente di stringere le grandi labbra nel punto corrispondente all'anzidetto pertugio con una pinzettina a pressione continua (1). Ma questo, come ben vedesi, non può tenersi che come espediente eccezionale, anzi come estremo provvedimento.

Il Prof. Giordano per altri modi che quelli generalmente seguiti, vorrebbe ottenere la guarigione delle fistole genito-orinarie. Partendo dal principio che nella cura delle fistole la prima cosa da farsi è di levare gli ostacoli, se ve n'abbiano, al corso naturale degli umori, e di avviar questi per la loro strada; egli vuole che anche nelle fistole genito-orinarie si levi quest'ostacolo, il quale è appunto la *situazione verticale, o supina*. Quindi per ottenere la guarigione invece di mirare, egli dice, a chiudere la fistola per togliere la perdita dell'orina, bisogna anzitutto *levare la perdita dell'orina per chiudere la fistola*. Al qual fine occorre invertire la posizione relativa dell'apparato genito-orinario, di modo che l'orina discendente dagli ureteri sia costretta a scorrere ed a raccogliersi su parte intatta: bisogna che la parete anteriore della vescica diventi essa medesima basso fondo, e questo diventi parete posteriore; lo che si ottiene collocando la donna prona. La *cura statica* proposta dall'autore consiste appunto nel dare alla donna la predetta giacitura; per prolungare e mantenere la quale l'autore stesso ha ideato « un letto a tavolo sul quale la

---

(1) Nuovo processo operatorio per la cura di una vasta apertura uretro-cisto-vaginale (Bullet. Scien. med. 1867 IV 226).

donna può giacere od appoggiarsi soltanto, può riposare o locomuoversi, leggere e lavorare ». Al letto sta unito un congegno per fare delle iniezioni continue in vescica affine di renderle o mantenerle la sua capacità; cosa che l'autore giudica importante, come pure giudica utile di medicare la vagina sia con cuscinetti ipogastrici; sia con injezioni, polveri astringenti ed anche con i caustici (1).

Nulla ancora può dirsi di sicuro intorno questo metodo, giacchè l'autore non ebbe opportunità di sperimentarlo: bensì ei fa notare, che in due cavalle cui venne aperta ampia via tra la vescica e la vagina, in breve tempo la squarciatura si chiuse ; e che ne' quadrupedi la posizione relativa della vescica della vagina e dell'utero è naturalmente quella, che ad arte vorrebbesi dare alla donna. Per altro lo stesso Giordano vede le difficoltà per mettere in pratica la sua proposta ; ma per superarle ei conta molto sulla pazienza di cui tanto è capace la donna, e sull'abitudine che rende tollerabili anche i più molesti incomodi. Il Prof. Rizzoli ha è vero provato felicemente la *cura statica*, ma questa non operava sola, sibbene ajutava la cauterizzazione (2). Nondimeno quando pure della posizione non si potesse fare di più che un coadjuvante dell'opera chirurgica, il Prof. Giordano andrebbe lodato per avere suggerito i mezzi di rendere tollerabile ed efficace il sussidio.

Qui è bene ricordare che anche trent'anni fa alcuni nostri chirurghi, come il Bellini ed il Fabbri predetto, preferirono tenere la donna carponi nell'operarla, siccome oggi fanno il Bozemann e gli altri che seguono il metodo americano. Il Bellini anche suggerì d'incidere prima l'uretra per rendere la sutura del tragitto fistoloso più agevole (3); processo seguito da altri (4), e che è parte delle incisioni *liberatrici* dal Jobert tanto raccomandate, e di cui sarebbe ingiusto negare il beneficio; essendo sempre vero che il processo operatorio va accomodato alle particolarità de' singoli casi. E ciò è così fuori di dubbio, che, a modo di esempio, vediamo nelle mani

---

(1) *Giordano Scipione*, Della perdita involontaria d'orina per fistola genito-orinaria. Considerazioni e proposte. Torino 1868.

(2) Bullet. Scien. med. 1868 VI p. 70.

(3) Atti del Congresso di Firenze A. 1841.

(4) *D'Avanzo Martino*, Nuovo metodo per guarire l' incontinenza d'orina in una fistola vagino-uretrale (Rendic. dell'Accad. med. chir. di Napoli 1853 VII 36).

del Prof. Marzolo (1) fallire del tutto quell' ingegnoso artifizio che al Prof. Giuseppe Corradi si bene servì per guarire la sua malata. Il Corradi, come è noto per la narrazione da lui fattane, volendo chiudere una fistola vescico-vaginale servissi d'un bottoncino metallico a doppio disco, come quelli da camicia, e così introdotto che l'uno dei dischi riescisse nella vagina, l'altro nella vescica. Le vegetazioni lussureggianti di questa mucosa sollecitamente copersero il disco da tale parte rivolto, e saldamente fra loro aderendo respinsero, nel chiuderlo, il bottone dal foro (2).

É pur noto che le fistole vescico-vaginali possono, se piccole e soccorse da particolari condizioni, guarire spontaneamente (3): anche la gravidanza agevola il ravvicinamento de' margini dell'ulcera; ma non sempre, nè in ogni caso, poichè parrebbe che quelle rotture, le quali sono più longitudinali che trasverse, trovino in tale stato piuttosto un impedimento che un ajuto alla loro guarigione. Il Prof. Vannoni raccoglieva parecchi esempj molto instruttivi in proposito. Si volle pur ad arte ottenere cotesto benefizio della gravidanza anche quando vacuo fosse l'utero, introducendo in vagina una vescica piena d' aria. Ma lo stesso Prof. Vannoni nel Congresso di Firenze mostrava non esservi parità di condizioni fra il fatto naturale e l'altro che si voleva instituire ad arte per attenderne uguali risultamenti (4). Nulladimeno il medesimo espediente venne adoprato dal Rossi di Torino in un caso di fistola retto-vaginale: la vescica impedendo che le feccie trapassassero dall' intestino in vagina, lasciò agio al foro di chiudersi (5). A proposito di fistola retto-vaginale mi

---

(1) Gaz. med. Prov. Venete 1868.

(2) L'Imparziale 1867 p. 92, 93.

(3) Benchè fosse adoperata la compressione prima con un sacchetto pieno di spugna, quindi con un canale di sughero, ed anche la cauterizzazione, in gran parte è da ascrivere alla natura la guarigione della fistola vescico-vaginale di cui dà la storia il Dott. Frediano Nerici (Gaz. med. Toscana 1852 p. 66 e seg.). — L'arte invece avrebbe avuto grandissima e bella parte nella guarigione di ampia fistola uretro-vescico-vaginale, che una donna quasi quinquagenaria portava da 11 anni: il Dott. Pietro Tallinucci giovossi per ciò della compressione operata mediante un *anello-mòrsello*, avvivato prima i margini callosi della fistola, accostatili e tiratili in fuori per mezzo d'un laccio passato nello stesso modo che si adopera per la cucitura (Bullet. Scien. med. 1870 IX 179).

(4) Atti del Congresso di Firenze. Adun. del 27 Settembre 1841.

(5) Élém. de Méd. opérat. I 250.

piace di qui riferire quanto il VANNONI suddetto fece nel 1836 in una donna a cui un laborioso parto e rozze operazioni ostetriche aveano prodotto duplice rottura, sicchè feccie ed orine uscivano non più dai naturali orifizj, ma tutte versavansi nella vagina divenuta schifosissima cloaca. Incominciò il VANNONI dal guasto dell'intestino, e vi rimediò, la fistola essendo ovale col maggior diametro longitudinale di 15 in 16 linee, mediante l'autoplastica, che eseguì staccando da ogni lato del foro un lembo della mucosa vaginale, e rovesciando ciascuno per modo che la faccia superiore ne divenne inferiore o rettale: dopo 7 giorni furon tolti i fili dei quattro punti di sutura, e dopo altri 13 stabile cicatrice era formata. L'altra fistola, che era trasversale e lunga 10 linee, venne curata per mezzo della cauterizzazione con il nitrato d'argento l'anno successivo quando già la donna era nuovamente incinta; questa pure guariva, nè il parto che succedeva poco appresso la riapriva (1).

G. — APPARECCHIO ORINARIO.

(*Capo* 85.°)

POLIPI, ESCRESCENZE E TUMORI DELL' URETRA. — PROLASSO E ROVESCIAMENTO DELLA MEMBRANA MUCOSA DELL' URETRA E DELLA VESCICA. — ESTROFIA.

I polipi e le escrescenze dell'uretra specialmente della donna porsero argomento di scrivere al MEDORO, al DA-CAMIN ed all' ASSON (2). Il Dott. FUMAGALLI riferiva quindi i casi veduti nella pratica del Dott.

(1) Gaz. méd. de Paris 1837 p. 725. — *Landi,* Gli Spedali e gli Ospizj di Parigi e di Londra. Firenze 1853 p. 231.

(2) Giorn. per servire ai progressi della Patol. e della Terap. A. 1842, 1843, 1844 T. I-VI.

Gherini (1). Occupossene eziandio il vecchio Nannoni (2), ed alcuni esempj ne davano il Pasquinelli, il Bianchi (3) ed il Morgagni (4). Il Dott. Cerulli in un caso adoperò l'incisione avendo il polipo, o vegetazione larga base (5): anche Nannoni preferiva la recisione; i predetti chirurghi veneti invece generalmente anteponevano l'adustione col fuoco. Il Minich pure testè servivasi della cauterizzazione, poichè ebbe esciso un' escrescenza poliposa simile ad una fragola, e dolentissima, che una vecchia avea nell'orificio dell' uretra, e da parecchi mesi era cagione di fierissimi dolori nell'orinare e talvolta eziandio d' iscuria (6): altrettanto fece il Dott. Berti in due casi ed in un terzo nel quale ommise i caustici, vide seguire emorragia piuttosto grave, il neoplasma essendo ricco di vasi (7). Bastò per l'opposto al Dott. Giuseppe Pagani per guarire la sua inferma di attraversare più volte il tumore uretrale con un filo di seta, benchè quello, siccome dicemmo (Cap. 29) fosse un tumore, secondo che suol dirsi, *fungoso sanguigno od erettile.* D'altronde giova avvertire che sotto quel nome di *escrescenze uretrali* sono stati compresi tumori di diversa, nè sempre benigna natura. Similmente pe' chirurghi del secolo scorso la parola *carnosità*, siccome vedremo meglio più innanzi, non significava soltanto tumore od escresenza poliposa, bensì qualunque ingrossamento od altro guasto, che restringesse il canale dell'uretra. Così l'Alghisi fa menzione di *carnosità* nell'uretra muliebre, narrando di quella claustrale, a cui formossi la pietra sopra un pezzo di candeletta caduta in vescica (8); come che in tal caso ben si potesse dubitare che restringimento od ostacolo qualsiasi fosse nel canale uretrale. Intanto devesi qui ricordare un' osservazione anatomica del Monteggia, perchè riguar-

---

(1) Cenni intorno ad una specie particolare di tumore che si sviluppa all' orificio esterno dell'uretra nella donna. Pavia 1848 Diss. inaug.

(2) Caruncole nate nell'uretra di più donne (Trat. chir. della semplicità del medicare I p. 459).

(3) *Orteschi*, Giorn. di med. 1767 V 28. — 1772 X 300.

(4) Epist. anat. med. XLII n. 42.

(5) *Cerulli*, Cenni statistici delle operazioni eseguite in Cortona. Cortona 1846 p. 42.

(6) L'iscuria rinnovossi parecchi giorni dopo l'operazione, nè fu possibile, senza l'ajuto dell'oppio, introdurre la sciringa. Quest' é un caso incontestabile, soggiunge il Minich, d' iscuria spasmodica determinata da malattia dell'uretra (Gior. Veneto Scien. med. 1867 VI 221).

(7) Lettere chir. Livorno 1869 p. 79.

(8) Litotomia Cap. III.

da l'argomento di cui ora discorriamo, ed ancora perchè, sebbene fosse fatta conoscere sei anni prima che cominciasse il secolo, altri ne volle far onore al Blandin (1). «L'orificio dell'uretra nelle donne (scrive il chirurgo milanese) è per lo più ingombrato da un pezzo di carne rosseggiante che suol esser l'apice di una linea eminente lungo la faccia posteriore o inferiore di questo canale. Io la chiamerò *caruncola dell'orificio dell'uretra,* perchè con nome proprio meglio ritengasi, e non si prenda per una particella morbosa, come io stesso ricordomi di avere altra volta creduto. In alcune donne vidi fino a 4 o 5 di queste caruncole, le quali per altro paiono rendersi più rosse, e quasi escoriate e dolenti nella gonorrea (2)».

Il Riberi in una donna in cui l' escrescenza coriacea e fungosa occupava buona parte dell' uretra, condusse due incisioni laterali dall' orificio esterno al collo della vescica; ma, soppraggiunta grave emorragia, non restò in dubbio di mutilare quasi tutto il canale, anzi può dirsi tutto, giacchè la porzione tagliata era lunga 13 linee. Dopo 20 giorni le orine erano benissimo trattenute, e mercè della porzione superstite della falda vagino-uterina tirata in su ed attaccatasi nella sede naturale dell'uretra, venne come rifatto questo canale. Se non che dopo 2 anni riprodottosi il male nella parte operata, e quindi nelle prossime, l'inferma miseramente periva (3). Ciò per altro non vieta, conchiude l'autore, che si possa considerare la recisione totale dell'uretra della donna come un mezzo di compiuta guarigione nelle malattie organiche di cotesto condotto *non passive di rigenerazione* (4). Ma volendo limitare a queste il suddetto procedimento, ben rare volte si porgerà occasione di metterla in pratica, perciocchè l'escrescenza, spaccata l' uretra, potrà essere demolita dalla faccia interna, conservando il canale; siccome appunto ha fatto in due casi il Prof. Porta, ch'ei dice analoghi, forse per l'estensione del tumore, a quello del chirurgo di Torino: non sopravvenne emorragia, nè rimase incontinenza (5).

---

(1) *Larcher*, Recherches sur le cathétérisme (Gaz. méd. de Paris A. 1834).

(2) Annotaz. prat. sopra i mali venerei. Milano 1794 p. 168.

(3) Caso di totale felice recisione dell'uretra in una donna con alcuni precetti intorno a cotesta nuova operazione (Giorn. Scien. med. Torino 1844 XXI).

(4) Op. minori II 246.

(5) Relaz. dei recenti progressi della Chirurgia p. 14.

Ma chi di proposito ha fatto studj intorno il cancro periuretrale nella donna, è il Dott. Melchiori: ei ne pubblicava la prima storia nel 1854 (1) e tre altre testè negli Annali universali di Medicina, ciò che non è poco la malattia essendo piuttosto rara. Principia a guisa di tubercolo vicino all'orificio dall'uretra; in questa s' interna, o sotto di essa scorre, tanto progredendo, se per tempo non sia reciso, da passar oltre la sinfisi del pube e da coprire in parte o del tutto le cervice della vescica. Il processo operativo prescelto dall'autore è più semplice, più spedito e sicuro dell'altro del Riberi: il tumore è staccato per modo che l'uretra, sostenuta dal catetere, rimanga isolata con la sottoposta striscia dalla parete vaginale: quindi l' uretra stessa è troncata, chiudendo le arterie con la torsione o la legatura, ovvero con lo zaffo, introdotto nuovamente il catetere in vescica. Secondo che venga tolta maggiore o minor porzione di uretra e di parete superiore della vagina, più o meno alterata rimarrà la forma del vestibolo, il quale anche può scomparire affatto, avvicinandosi ed addossandosi al moncone uretrale le pareti molli circostanti: nondimeno non ne segue incontinenza, ed anche senza incomodo l'orina può essere evacuata, purchè le parti siano tenute pulite con frequenti lavacri (2).

Assai pochi sono i casi di crescimenti, o produzioni polipose nell'uretra maschile: pertanto ricordiamo che il Rossi di Torino per estirpare una di cotali escrescenze, che nasceva dalla porzione membranosa dell'uretra e ne usciva per il meato, fu costretto d'incidere il canale, giacchè non era bastato di strappar la medesima più volte con adatte pinzette (3). Il predetto Dott. Cerulli servivasi della legatura, giacchè nel suo cliente il polipo era peduncolato (4). Nel malato del Dott. Vallesi un grosso polipo, e quel che dicesi, di natura fibrosa, *lungo* 5 *pollici* e *pesante circa* 6 *oncie*, fu tratto fuori dall'uretra con le sole pinzette; quindi altro pezzo più piccolo, che avea sede nella porzione prostatica, venne espulso con le orine (5).

---

(1) Gaz. med. Lomb. A. 1854 T. V p. 441.

(2) Ann. un. Med. 1869 T. CCX.

(3) Élém. de médec. opérat. I 287. — Bastò invece lo strappamento in altro caso in cui l'escrescenza nasceva dalla fossa navicolare ed usciva dall'orifizio dell'uretra per due dita (Ivi II 135).

(4) Cenni statistici ecc. Cortona 1846 p. 42.

(5) L' Imparziale A. 1863 p. 266 e seg.

Il prolasso della membrana interna dell' uretra muliebre fu dal Morgagni osservato tre volte nelle sue dissezioni anatomiche (1). Il Dott. Pier Paolo Malagò di Ferrara vide cotesta procidenza ed anche la curò recidendo la membrana, poscia che niun altro mezzo era bastante per contenerla (2). Nondimeno il Mallex in Francia parecchi anni dopo parlava del prolasso della mucosa dell'uretra nella donna come di cosa nuova, e dava a credere che i polipi e le escrescenze uretrali notate dagli autori fossero piuttosto casi di estrofia della mucosa predetta (3). Che talora l'equivoco sia avvenuto può darsi; ma negare che si diano polipi uretrali supponendo sempre un errore di diagnosi per coloro che li ammisero, è soverchio; perciocchè v' hanno autori, come il Morgagni, che ben seppero distinguere l'un caso dall'altro, entrambi avendo veduti e descritti.

Il Prof. Angelo Boccanera di Napoli pubblicava un caso di *staccamento totale ed uscita della membrana interna della vescica orinaria in seguito di operazione di pietra* (4). E quella sottilissima membrana bianca lucente e di figura circolare, che venne espulsa con molti premiti dal paziente, piuttosto che semplicemente una pseudo membrana formatasi sulla interna superficie della vescica, era proprio, afferma l'autore, la mucosa del ricettacolo dell' orina. La qual cosa, come che sempre sia non comune, è men raro avvenimento nella donna soprattutto nello stato di gravidanza. Così il Dott. Comolli osservò staccata quasi tutta la mucosa vescicale in una donna incinta, che per lungo tempo tollerò questo guasto senza sintomi gravi che ne dessero sospetto; quindi, insorta perfetta iscuria, sconciossi e morì con accessi d' eclamsia, o forse d'infezione uremica: nel cadavere infatti fu trovato che il sacco della mucosa era rovesciato in basso ed avea applicato il fondo contro l'orifizio interno dell'uretra (5). In altra donna, parimente gravida nel 5° mese, narra il Dott. Ciniselli, e nella quale l'utero era retroverso, successe l' iscuria con tragrande dilatazione della vescica; due settimane dopo che

---

(1) Epist. L n. 51, LVI n. 21, LXX n. 10.
(2) Giorn. Veneto di Scien. med. A. 1853.
(3) Gazette des Hôpitaux 1860 n. 7.
(4) Archivj di Med. e Chir. Napoli 1828. I 19.
(5) Ann. un. Med. 1860 CLXXI 15.

l'utero fu riposto venne cacciato fuori dall'uretra un frastaglio membranoso, che comprendeva tanto la tonaca mucosa quanto la muscolare, ed era largo siccome una mano distesa: la donna guarì partorendo poscia a suo tempo (1). A questi due esempj aggiungiamo l'altro del chirurgo Francesco Rossi di Cremona, nel quale come nel primo successe l'aborto, la gravidanza essendo da quattro mesi: la membrana espulsa avea eguale misura di quella del secondo caso, e, come di questo, di esso pure l'esito fu felice (2). Giova poi altresì ricordare, giacchè siamo saliti nel secolo precedente, che il Petrioli nel suo *Corso anatomico* ha la storia, ai chirurghi pochissimo nota, comunicatagli dal Dott. De Rossi di Paliano di una giovinetta a cui, dopo che patì per quattro giorni d'iscuria, usciva dall'uretra la membrana interna della vescica, cessando con ciò qualsiasi molestia (3). Neppur è da tacere che il Nannoni figlio poneva fra le varie specie d'iscuria quella per *separazione della tunica villosa della vescica* dalla muscolare per effetto di grande infiammazione. In una giovane fiorentina ammalatasi di cistite nel corso del puerperio, quella tunica interna così staccossi da cacciarsi dentro l'uretra e sporgere dall'esterno meato, onde che il Nannoni potè facilmente estrarla: « ma se il male è nell'uomo, bisogna ricorrere all'incisione del perineo, com' è occorso alcune volte di eseguire in questo Spedale (cioè in S. Maria Nuova) con esito felice (4) ». La quale operazione per la suddetta causa non so veramente se mai da altri sia stata fatta: almeno non ne fu lasciata memoria. Bensì il Monteggia avvisa di aver salvato, mercè del muschio e del corno di cervo, un ammalato a cui erasi staccata per effetto di cangrena la membrana interna della vescica (5): parimente nelle *Observationes pathologicae* del Manzoni si legge che un ragazzo, il quale pativa d'iscuria, guariva cacciando per l'uretra pezzi di membrana arrotolata in modo che sembravano lombrici (6).

Il Malagodi poi ha egregiamente illustrato la *cistoptosi*, cioè il rovesciamento della vescica, che, a guisa di ernia, esce fuori dal canale del-

---

(1) Gaz. med. Lomb. 1848 p. 362. Sopra il Gabinetto anatom. patol. di Cremona p. 58.
(2) *Orteschi*, Giorn. di Medicina. Venezia 1774 XII 113, 124.
(3) Roma 1742 p. 92.
(4) Trattato delle Materie chirurg. Pisa 1794 II 208.
(5) Instit. Chir. Cap. XII §. 1570.
(6) Obs. V p. 22.

l' uretra nella donna, forma morbosa intorno alla quale non aveansi che pochi casi ed incompiuti, ned ancora dall'osservazione anatomica confermata. Nell' inferma del chirurgo di Fano (già soggetta a prolasso dell'utero e dell' intestino retto e di più ad enuresi consecutiva all'espulsione spontanea di grossi calcoli orinarj), la caduta e l' inversione della vescica, ferma restando l'uretra nel proprio sito, suscitò repentino strozzamento e gangrena in poche ore letale (1).

Cedendo all'anatomia patologica il carico di dire particolarmente dei vizj di conformazione dell'uretra e della vescica (2), poche cose soltanto su questo proposito ci piace di toccare. Così non lasceremo di rammentare che, dell' *ipospadia*, tanto congenita quanto postgenita, trattò diligentemente il Mondini, dandone esatta descrizione anatomica in due discorsi (3): nè senza pregio è specialmente rispetto alla medicina legale ciò che sul medesimo argomento scrissero il Tabarrani ed il Caluri (4): ed anche l'osservazione dal Caldani juniore d'un' uretra aperta per vizio congenito sino al perineo e rovesciata a modo da esserne anteriore la parete posteriore (5). Parimente dell' estrofia o rovesciamento della vescica orinaria il Palletta e l'Alessandrini diedero esattissime descrizioni anatomiche (6). Il Flajani

---

(1) Raccoglit. med. di Fano 1855 XI p. 9. — Nello stesso tempo il Dott. A. Tizzoni pubblicava nella Gazzetta medica di Lombardia la « Storia di rovesciamento totale di vescica con procidenza dai genitali in una donna » cotesta alterazione per altro non fu conosciuta che *post mortem* (A. 1855 p. 281).

(2) *Palletta*, De vesicae urinariae et ilei diverticulis (Exercitat. pathol. I Cap. X Art. 8). — *Giuntini Luigi*, Due tavole con la loro spiegazione relative ai difetti di organismo delle vie orinarie. Firenze 1819. — Veggansi eziandio le osservazioni seguenti, che anche per le particolarità chirurgiche, sono importanti: *Ballestra*, Straordinaria maniera di orinare prodotta da enorme sacco orinario, o vescica divisa in due parti (Repert. med. chir. Torino 1825 p. 392). — *Rossi Fausto*, Anomalia costituita da doppia vescica orinaria (Gaz. med. Tosc. 1852 p. 410). — *Paganucci Luigi*, Vescica con sacchi soprannumerarj. (*Landi*, Gli Spedali e gli Ospizj di Parigi. Firenze 1853 p. 315). — *Minich Angelo*, Di una specie rarissima di calcoli insaccati nella vescica orinaria (Gior. Veneto Scien. med. 1862 XIX 81) — *Scarenzio Angelo*, Calcolo orinario in vescica bifida congenita (Ann. un. Med. 1860 CLXXIV 531).

(3) Novi Commentarii Academ. Scien. Bonon. (VII, 89 e 297).

(4) Atti dell'Accademia de' Fisiocritici di Siena (A. 1767 T. III Append. p. 81. — A. 1774 4 V 167).

(5) Mem. della Soc. ital. delle Scienze. Verona 1813 XVI P. II 119.

(6) Exercitat. pathol. P. I cap. X De pubis diastasi. — *Alessandrini Antonio*, Descrizione anatomica di rovesciamento e quasi totale mancanza di vescica orinaria osservato in un fanciullo di 4 anni e 3 mesi (Opusc. della Soc. med. chir. di Bologna 1828 VI 195).

osservò cotesto vizio in un uomo di 70 anni, morto e notomizzato nello Spedale Maggiore di Roma (1): il Prof. Bignardi di Modena esaminò un giovine nel quale oltre che essere l'asta idonea al congresso, lo *sperma* sotto l'impero di certi stimoli usciva con impeto dalle aperture stesse, cioè dagli *ureteri*, donde gemeva continuamente l'urina. Pareva quindi all'autore che non tutti coloro che patiscono sì fatta deformità siano da aversi per impotenti, ed inetti al matrimonio (2). Ma anche concesso al Bignardi, il quale pure fu valente anatomico, che veramente l'umore prolifico uscisse dagli ureteri (particolarità assai strana e che non so se mai altri abbia veduto); non è da credere che da quel soggetto potesse seguire concubito fecondo, sebbene l'erezione del pene ne rendesse agevole l'atto: lo sperma di fatti non poteva a quel modo versarsi dentro le pudende muliebri (3).

Il Dott. Parmeggiani di Reggio approfittava di un caso di estrofia complicata a doppia ernia scrotale per determinare imitando lo Stehberger, il tempo che impiegano alcune sostanze medicamentose a passare nell'orina; giacchè nei casi nei quali vennero fatte tali prove, generalmente l'orina cimentata era dianzi rimasta ferma alcun poco nella vescica, e quindi resa inesatta la misura desunta dal momento dell' emissione delle sostanze stesse dall'uretra (4). Il Bignardi e l'Alessandrini ammisero che la brevità o viziata conformazione del cordone ombellicale sia la cagione precipua della trista deformità in discorso. Dei due casi osservati dal Palletta uno era in femmina, ciò che più raramente ancora che nel maggior sesso succede, siccome dai seguenti prospetti si scorge.

---

(1) Nuovo metodo di medicare. Roma 1786 p. 131.

(2) Osservazioni intorno un caso di Estrofia (Opuscoli della Soc. med. chir. di Bologna 1828 VI 187).

(3) Come *cosa curiosa* e per questo titolo soltanto, notiamo che il Prof. Regolo Lippi propose certe macchinette di gomma elastica raccomandate ad una molla per coloro che hanno organi di accoppiamento incapaci, per istruttura o per malattia, di erezione, e per gli altri in cui gli organi stessi sono impotenti a lanciare il seme nella vagina siccome nell'ipospadia di terzo grado od in altri vizj consimili. (Dissertaz. anatom. zootom. fisiologica. Firenze 1826).

(4) Atti del Congresso di Venezia A. 1847. — Bullet. delle Scienze med. di Bologna 1859 XI 199.

CASI DI ESTROFIA VESCICALE

A. — SESSO MASCHILE.

NUMERO	ETÀ DEL SOGGETTO	OSSERVAZIONI SUL		INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE	
		Vivente	Cadavere	AUTORE	OPERA
1	4 anni	—	»	Alessandrini Antonio	Opusc. Soc. med. chir. di Bologna 1828 VI 195.
2	5 mesi	»	—	Argenti Francesco	Memor. Medic. contemp. 1844 XII 217.
3	7 »	—	»	Asson M. e Berti Antonio	Gaz. med. Prov. Venete 1858 p. 100, 186.
4	20 anni	»	—	Bignardi Alfonso Domenico	Opusc. Soc. med. chir. di Bologua 1828 VI 187.
5	7 mesi	—	»	Bozzetti Costantino	Ann. un. di Med. 1841 XCIX 192.
6	16 »	»	—	Cavaliere Giuseppe	Gaz. clin. di Palermo A. 1869 p. 95.
7	2 anni	»	—	Dana Gio. Pietro	Mem. Acad. R. des. Sciences Turin. A. 1786-87 p. 309.
8	35 giorni	—	»	Delfini Antonio	Opuscoli scelti. Milano 1783 VI 21.
9	27 anni	—	»	De Lorenzi Giovanni	L'Osservatore Gazz. delle Cliniche. Torino 1868.
10	infantile	»	—	Filippini Antonio	Raccoglitore medico di Fano 1852 VI 497.
11	70 anni	—	»	Flajani Giuseppe	Nuovo metodo di medicare. Roma 1786 p. 131.
12	6 mesi	»	—	Frittelli Pier Paolo	*Orteschi*, Giorn. Medic. Venezia 1765 III 402.
13		—	»	Giuntini Luigi	Due tavole con le loro spiegazioni relative ai difetti di organismo delle vie orinifere ecc. Firenze 1819.

NUMERO	ETÀ DEL SOGGETTO	OSSERVAZIONI SUL		INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE	
		Vivente	Cadavere	AUTORE	OPERA
14		»	—	Monteggia Giambattista	Istituz. chirur. Cap. XI §. 1396.
15		»	—	» »	»
16		»	—	» »	»
17	68 anni	—	»	Morelli Giambattista	Ann. un. di Medic. 1821 XIX 112.
18	adulta	»	—	Marcolini F. M.	*Brera*, Nuovi Comment. di Med. e Chir. 1818 Sem. I 385.
19	40 anni	—	»	Palletta Giambattista	Nova gubernaculi testis hunteriani anat. descriptio. Mediol. 1787 p. XXVI. — Exercitat. pathol. P. I Cap. X Art. IV. p. 133.
20	30 »	»	—	Parmeggiani Giuseppe	Bullet. Scien. med. Bologna 1859 XI 199.
21	5 »	»	—	Poletti Leonello	Opusc. Soc. med. chir. Bologna 1827 V 419.
22	9 »	»	—	Presciani Giovanni	Discorsi elementari di Anat. e Fisiol. Milano 1796 II 53.
23	9 »	»	—	Ruggieri Cesare	Dizion. di Chirurg. Padova 1810 V 308.
24	20 »	»	—	Saviotti Giovanni	L'Osservatore, Gazzetta delle Cliniche di Torino 1869 p. 13.
25	neonato	»	—	Turra Antonio	*Orteschi*, Giorn. di Medic. 1766 IV 46.

B. — SESSO FEMMINILE.

NUMERO	ETÀ DEL SOGGETTO		OSSERVAZIONI SUL		INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE	
			Vivente	Cadavere	AUTORE	OPERA
1	6	mesi	»	—	Bozzetti Costantino	Ann. un. Med. 1841 XCIX 192.
2	22	anni	—	»	Cortese Francesco	Memor. della Medic. contempor. 1842 VIII 20.
3	14	»	—	»	De Meulon Amedeo	Ann. un. Med. 1827 XLIV 44.
4	—	—	—	»	Giuntini Luigi	Op. cit.
5	40	anni	—	»	Mengaldo Vincenzo	Giorn. per servire ai Progressi della Patol. 1839 X 485.
6	2	mesi	—	»	Palletta G. Battista	Exercit. Pathol. I Cap. X art. IV p. 134.
7	—	—	»	—	Palma Giovanni	Archiv. di Med. e Chir. di Napoli A. 1828.
8	5	anni	—	»	Penchienati Gio. Ant.	Mem. Acad. des Scienc. Turin A. 1784-85 I. P. pag. 387.
9	neonata		»	—	Varzi Francesco	*Monteggia*, Instit. chir. Cap. XI §. 1396.

Che al vizio dell' estroversione della vescica soggiaciano maggiormente i maschi che le femmine è mostrato altresì dai casi registrati nella letteratura straniera. Nulladimeno le tabelle qui date sono di quelle che pongono minor differenza tra i due sessi; e per vero le donne vi stanno nella proporzione di 36 per 100, mentre che ne' 50 esempj raccolti dall'Earle da varj autori, quelle non sono più di 7 od 8, ossia 14 a 16 su 100 (1). Dalle tabelle stesse si scorge eziandio che lunghi anni possono viversi malgrado tale difetto, quando per altro alle anomalie dell'uretra, e quindi degli organi genitali, e della sinfisi del pube (diastasi) cui per solito esso va congiunto, altri più gravi vizj non si uniscano, quale la comune apertura della parte estrema del retto intestino, siccome nel fanciullo veduto dal Delfini per altre cagioni ancora mostruoso.

(*Capo* 86.°)

RESTRINGIMENTI URETRALI. — URETROTOMIA.

Le alterazioni più frequenti dell'uretra, e che anche sono state maggiormente illustrate dalla chirurgia moderna sono i *restringimenti*. Se in questa materia non contiamo lavori veramente originali, ne abbiamo parecchi in cui diligentemente è esposto il frutto delle indagini anatomo-patologiche, dell'osservazione clinica, esaminato e discusso il valore delle diverse teoriche poste innanzi per ispiegare come si formi il restringimento, tanto, che si ammetta la formazione d'un nuovo tessuto, ovvero il trasformamento fibroso del tessuto vascolare. Tali sono per l'appunto il *Trattato pratico* del Dott. Antonio Toscano (2), la *Tesi di concorso* del Prof. Pacchiotti (3), le *Conferenze*

---

(1) The London medical Gazette. — Ann. un. Med. 1833 LXVI 501. — Il Benivieni racconta d'aver indarno tentato di guarire una nobile fanciulla, la quale rendeva l'orina dal luogo *che è sotto il petignone e sopra la vulva*, mentre non apparivano segni o indizj del foro donde naturalmente avria dovuto essere spinta fuori (Di alcune ammirabili ed occulte cause di morbi. Firenze 1843 Op. XC p. 140).

(2) Trat. prat. degli stringimenti organici dell'uretra. Catania 1867.

(3) Degli stringimenti organici dell'uretra maschile. Torino 1862.

cliniche del Prof. Landi (1). Alla parte operativa i nostri chirurghi avendo maggiormente atteso, anche v'introdussero pratiche speciali, ed immaginarono nuovi strumenti per meglio compiere le medesime, siccome or ora diremo.

Per altro mentre vantiamo i progressi della scienza e dell'arte, non debbonsi dimenticare le cose fatte dai predecessori, le quali sebbene umili spianarono la via e resero possibili le conquiste e gli odierni trionfi. E però non deve essere taciuto come il Marini ed il Benevoli nel principio del secolo scorso si studiarono di stabilire il significato e la sede delle carnosità o caruncole nel canale dell' uretra, ed insegnando che lo stento nell'orinare nasce principalmente dall'essere il *vero montano* gonfio, duro ed ulceroso, giunsero a proscrivere le candelette corrosive, non tenendo che le semplici emollienti e dilatanti (2). Delle candelette cosperse di precipitato di mercurio largo uso fece Durante Scacchi di Fabriano, il quale chirurgo, *ut in conspectu veniat caruncula*, tagliava l'uretra sulla sciringa in essa introdotta, proprio sul luogo dove questa non poteva più andare innanzi, perchè *repellitur* (3). La quale combinazione dell'uretrotomia esterna con la cauterizzazione di cui fa parola anche il Cardano, venne poscia adottata da Marc'Aurelio Severino, giudicando esso di molta importanza *ut tum ferro vitii respondentem locum aperiat, tum igne mali fomitem curat* (4). Veggasi quindi se a buon diritto il Thevenin, le cui opere non furono pubblicate che nel 1658 (cioè quando il chirurgo napoletano era morto, e da 12 anni avea pubblicato l'opera sua della *Medicina efficace*), possa aver merito di istitutore dell'uretrotomia fatta con la scorta del catetere nel canale orinario. Il metodo della cauterizzazione senza aggiunta di tagli era usato dai chirurghi del cinquecento come ben lo dimostra l'opuscolo di Alfonso Ferri, anteriore a Pareo (5); e poco prima che il Marini ed il Benevoli lo combattessero

---

(1) Conferenze cliniche sopra i restringimenti dell'uretra. Bologna 1866.

(2) *Marini Girolamo,* Pratica delle principali e più difficili operazioni di chirurgia che riguardano il Professore Litotomo ed Oculista. Roma 1723. Cap. IV. Dell' *orinare sottile biforcato, e a trivello, a goccie e sparpagliato detto volgarmente carnosità.* — *Benevoli Antonio,* Nuove proposizioni intorno alla caruncola dell'uretra. Firenze 1724.

(3) Subsidium Medicinae. Urbini 1596 Cap. 8.

(4) De efficaci Medicina. Pyrotechniae chirurgicae Lib. II P. I C. 83.

(5) De caruncula, sive callo, quae cervici vesicae innoscitur. In: *Ejusd.* De sclopetorum, sive archibusorum vulneribus L. III. Lugduni 1553.

esso era migliorato dal RONCALLI di Brescia, il quale a tal fine inventava eziandio una speciale cannula o sciringa servendosi dello stesso caustico poscia dall'HUNTER celebrato (1). Nella stranguria contumace consecutiva alla blennorragia GIAN GIROLAMO LAPI prescriveva le injezioni emollienti d'acqua tiepida, ovvero di olio, avvertendo per altro che tal metodo di cura era bensì sicuro, ma lungo: *ad menses enim multos, nihil molesta, saepe produci solet curatio* (2). Il NANNONI sconsigliava la cauterizzazione, e raccomandava per superare *ammollendo* gl'intoppi nel canale dell'uretra le semplicissime candelette di cera spalmate d'olio, ma successivamente alle frizioni mercuriali; tenendo egli per cosa provatissima che i restringimenti non siano male affatto locale, la blennorragia pure, di cui sono effetto, essendo essa medesima dipendente o consociata a lue generale (3). MONTEGGIA considerava egualmente le callosità figlie di blennorragia; ma avendo egli intorno al *veleno gonnoroico* idee opposte alle predette del clinico fiorentino, bandite le cure mercuriali tanto interne come esterne, ricorreva alla dilatazione meccanica per mezzo delle candelette o siringhe, soccorso prezioso, *sebbene non tolga forse mai radicalmente la malattia* (4). Ei per altro adoperava al bisogno la *bottoniera*, nè solo la consigliava dall'avanti all'indietro per gli stringimenti callosi dell'uretra; ma anche proponevala in certi vizj della prostata e per fino in alcuni mali della vescica come venne ai giorni nostri commendata (5). Il Prof. GIUSEPPE ATTI eseguiva altresì l'uretrotomia esterna incidendo l'organico ostacolo secondo che più recentemente proposero il COULSON ed il LE ROY D'ETIOLLES (6). Narra il RIZZOLI che il BARONI in un caso fatta l'uretrotomia esterna dall'avanti all'indietro, fu obbligato di dividere lo scroto longitudinalmente in

---

(1) Exercitatio agens novam methodum extirpandi carunculas et curandi fistulas urethrae. Brixiae 1720.

(2) De curatione stranguriae contumacis frequentem maleque tractatam gonorrhoeam virulentam consequentis. Dissertatio. Romae 1751. — Alessandro Catani dice di aver sperimentato *al maggior segno efficace* questo metodo di cura (Il Litotomo in pratica. Venezia 1766 p. 54).

(3) Trat. delle malat. chir. II 296.

(4) Istit. Chir. § 1431 Cap. XI.

(5) Ivi §. 1475-1477.

(6) De vita et scriptis Josephi Attii medici chirurgici praestantissimi. Commentarius auctore Cajetano Termaninio. Bononiae 1827 p. 23.

due metà per raggiungere, tanto era lungo il corpo fibroso che ostruiva il canale, il tratto posteriore di uretra pervia. Rimase una fistola, la quale sarebbesi potuto chiudere con l'uretroplastica, come poscia venne fatto dal predetto Rizzoli in un ragazzo da lui per dura necessità così operato, e nel quale l' esteso ostacolo organico uretrale avea cagionato gravissimi guasti, ed era effetto di violenza traumatica. Il medesimo chirurgo fa riflettere, che in altri casi ancora è mestieri ricorrere all' uretrotomia fatta all' usanza degli Arabi. Così in un caso fu obbligato di giovarsene, non volendo l' infermo per niun conto che il catetere fosse introdotto nell' uretra, nè punta la vescica all' ipogastrio. Similmente ei reputa di dover introdur a quel modo nell' uretra perineale la sciringa in certi casi gravissimi in cui, esistendo infiltramenti orinosi, seni profondi e vaste tane, non sia possibile operare con sicurezza direttamente sull' ostacolo, e neppure deviare le orine tenendo una sciringa lungo l' uretra. Ma, giova ripetere, questi non sono che espedienti eccezionali.

Piuttosto che alla uretrotomia esterna, allora che sieno inefficaci gli altri metodi di dilatazione e di disostruzione, il Prof. Rizzoli antepone *l'uretronisi*, cioè la perforazione del corpo fibroso otturante l'uretra mercè un punteruolo introdotto in una cannula come è il comune trequarti esploratore. Questo processo, che ne' primi anni del nostro secolo ebbe in Inghilterra varia fortuna perchè lodato dagli uni e biasimato dagli altri (1), procurava nelle mani del clinico di Bologna guarigioni sì felici e pronte, che a lui, dice lo stesso autore, metteva speranza di poterlo usare, convenientemente adattato, eziandio in quegli ostacoli organici del collo vescicale, che sono cagione d' iscuria, e che non possono con gli ordinarj presidj venire superati (2). Ma di ciò più innanzi. Intanto accenniamo che i nostri chirurghi vanno generalmen-

(1) Raccomandato grandemente da Riccardo Byshell (Case of scricture of the uretra removed by a cuting stilette. In: London med. Repository 1814 I 458), venne tra gli altri condannato dal Dott. Guglielmo Wesley, attribuendo con poca giustizia e minore avvedimento all'imperfezione del metodo, ciò che derivava dall'imperizia dell' operatore, il quale non era che un rozzo empirico (Case of perforation of the constricted urethra by a cutting instrument Ivi 1814 II 282).

(2) Uretronisi interna negli otturamenti del canale uretrale prodotti da tessuto fibroso (Bullet. Scien. med. 1867, III 5). — Paracentesi uretrale interna onde togliere un ostacolo organico ecc. — Paracentesi interna del collo della vescica urinaria nell' iscuria (Ivi 1858 X 355, 1863 XIX 264).

te d'accordo nell'adoperare la bottoniera soltanto quando peculiari circostanze l'esigono, falliti od impossibili gli altri provvedimenti (1). Parecchi anzi studiarono di perfezionare gli strumenti necessarj per praticare l'uretrotomia interna. Il predetto Dott. Toscano, preferendo le incisioni multiple ed intrauretrali all'unica o duplice di Reybard e di altri, che divide quanta è grossa la parete dell'uretra, proponeva un uretrotomo a quattro lame doppie o ad otto taglienti (2). Ma eguale effetto si può conseguire facendo girare lo scarificatore con unica lama sui varj punti dell'ostacolo; e ciò tanto meglio che lo strumento è meno grosso. La quale condizione del poco volume è pure di molto momento, anzi indispensabile, allora che lo stringimento sia profondo, non centrale ed esteso. Il Dott. Ricordi a tal fine immaginava un uretrotomo, che tenendo essenzialmente la qualità di quello del Maisonneuve, ha il pregio speciale, afferma l'autore, di potere superare anche lo stringimento, contro cui la più piccola sciringa dovrebbe fermarsi; e ciò in grazia dello scorrere che fa la lama tagliente, previamente nascosta, su di un sottile specillo di osso di balena, che serve di guida (3). È pure lodato l'uretrotomo del Prof. Bezzi di Modena (4), ed altri strumenti vennero dal Dott. Michele Sciballi di Napoli proposti e descritti (5). E qui, sebbene il libro che lo descrive non ancora sia stato pubblicato (6), reputiamo debito nostro di far cenno del metodo di curare i restringimenti uretrali del Prof. Corradi di Firenze, che

---

(1) Veggansi oltre i precitati autori il Rendiconto clinico del Prof. Gallozzi di Napoli, gl'Insegnamenti di Chir. prat. del Palamidessi (Firenze 1869 p. 90), le memorie del Bertolazzi (Storia di una cura di ritenzione completa ecc. Forlì 1838), dell'Asson (Osservaz. intorno la Bottoniera. Atti del Congresso di Padova), del Marzuttini (Rottura traumatica dell'uretra (Bullet. Scien. med. di Bologna 1857 VIII 321).

(2) Op. c. p. 228.

(3) *Ricordi*, Uretrostenotomo od istrumento destinato al taglio interno degli stringimenti fibrosi dell'uretra (Ann. un. med. 1864 CLXXVIII 508). — Caso di uretrotomia interna operata coll'uretrostenotomo (Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino 1866 n. 1).

(4) Si compone di due soli pezzi metallici: l'uno atto a penetrare negli stringimenti, è un filo metallico elastico; l'altro è un semicanale metallico munito di lama incidente con cui nell'entrare e nell'uscire sbriglia i restringimenti stessi. Tutto insieme ha circa il diametro d'un millimetro (Archivio di Chir. prat. 1867 III 207).

(5) Nuovo prostotomo bottonato a bottone mobile ecc. Napoli 1860. — Nuovo dilatatore e nuovo incisore per la cura dei più inoltrati restringimenti uretrali. Napoli 1862.

(6) Ora è stato pubblicato con il titolo *Études cliniques sur les rétrécissements de l'urethre, sur la taille et sur les fistules vaginales.*

dall'Accademia Imperiale di Medicina di Parigi ottenne il premio Argenteuil. Il Dott. Corradi, dice il Relatore Broca, vorrebbe che l'uretrotomia fosse adoperata soltanto nei casi di restringimento inodulare, cioè traumatico: se non che la dilatazione progressiva con le candelette procede assai lentamente sul principio, tanto che malati e chirurghi scoraggiati e stanchi del lungo attendere si appigliano al metodo più grave, ma molto più spedito dell'uretrotomia. Per abbreviare cotale lungo stadio iniziale il nostro chirurgo si giova della dilatazione forzata fatta per altro in modo di ottenere sul momento il vacuo necessario per introdurre le candelette del numero 11 e 12 senza produrre lacerazioni, senza cioè andar oltre i limiti di distensione concessi dall'elasticità della mucosa e del tessuto proprio dell'uretra : d'altronde i restringimenti non inodulari non potrebbero, secondo il Corradi, opporre grande resistenza. A tal fine egl' inventava uno speciale strumento composto di due fili d'argento, paralleli e saldati insieme soltanto nell'estremità vescicale. Uno de' fili è più sottile dell'altro, e quando esso venga accorciato per mezzo di adatto meccanismo, posto nel padiglione esterno, il più grosso s' incurva a modo di arco, per ritornare rettilineo quando il filo sottile non sia più teso. Lo strumento non ha più di un millimetro di diametro: lo s' introduce chiuso fin oltre il restringimento, quindi si apre e si tira indietro operando una dilatazione trasversale: mano a mano si va crescendo il volume della candeletta che s' introduce subito dopo la dilatazione. Generalmente due settimane, e qualche volta una, bastano per compiere la cura. Il Corradi non pretende che il suo processo meglio della dilatazione ordinaria eviti la recidiva; ma la recidiva è inconveniente, fa osservare il Broca, di cui anche gli altri metodi non vanno immuni; la dilatazione invece ha il pregio di essere innocua, e fatta nel preindicato modo di compiersi in breve tempo. Egli pertanto si rallegra con l'autore dell'opera di lui, e finisce con dire: « Ce qui nous a frappé surtout, ce sont les efforts utiles qu'il a fait pour ramener la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre dans une voie de prudence que beaucoup de chirurgiens ont abandonnée (1)». E noi possiamo soggiungere con piacere che questa prudente via è stata ognora generalmente seguita in Italia; fin dal

(1) Bullet. de l'Acad. imp. de Médecine A. 1869 p. 1229.

principio del secolo passato raccomandavanla il Benevoli, il Marini, poscia il Lapi ed il Nannoni; in questo di nuovo era raccomandata da autorevoli scrittori, ed anche quando parve che la cauterizzazione, fatta al modo di Lallemand, dovesse a qualsiasi altra maniera di cura dei restringimenti uretrali anteporsi, la semplice dilatazione ebbe gagliardi sostenitori (1).

(*Capo* 87.°)

RITENZIONE D' ORINA. — CATETERISMO SEMPLICE. — CATETERISMO E INIEZIONI SFORZATE. — URETRONISI. — PARACENTESI VESCICALE.

Molteplici sono le cagioni della ritenzione d' orina; perciocchè, oltre tutte quelle che, quando meno gravi, producono la disuria e la stranguria, ve ne hanno anche delle particolari. I progressi dell'anatomia patologica e della semejotica delle malattie delle vie orinarie consentono di poter meglio che per lo addietro trovare le ragioni di quest' accidente, e darne plausibile interpretazione (2). Fa quindi meraviglia come il Palletta sì perspicace nel comprendere il nuovo avviamento delle scienze mediche, e sì sollecito nel seguirlo in molte parti, nel trattato delle *Vescicalia* poi rimanesse tanto antiquato da annoverare l'*Iscuria lunatica* (3). Ma ciò che non faceva il chirurgo di Milano, avealo fatto in qualche modo il napoletano Michele Troja quando, precorrendo di molti anni gli stranieri, da una cattedra spe-

---

(1) *Vigna Clemente,* Avvertenze generali tendenti a dimostrare quale sia la principale cagione degli stringimenti d'uretra ecc. (Ann. un Med. 1832 LXII 270). Il Vigna alla dilatazione con le candelette aggiungeva le injezioni di olio raccomandate dal Lapi.

(2) Il Benevoli nella sua dissertazione intorno la più frequente cagione dell' iscuria, metteva in vista la conformità, le alterazioni della superficie interna della vescica che patisce ritenzione d' orina, e quelle della membrana mucosa dell' intestino retto nel caso di tenesmo, ovverossia di dissenteria; aggiungeva altresì che nella più parte de' cadaveri aveva osservato la prostata non poco tumida, benchè non mai marcita, nè in altra forma contaminata (Dissertazioni. Firenze 1747 p. 38).

(3) Exercitationes pathol. P. II 179.

ciale nell'Università di Napoli dettava Lezioni intorno le malattie delle vie orinarie, che poi vennero pubblicate nel 1788 e 1793 (1). Valga per indicare il metodo che esso tenne nell'esporre le malattie della vescica ed il concetto che ebbe delle medesime, la divisione da lui fatta delle cause della ritenzione dell'orina. Pone nella prima classe (avendo precedentemente detto della ritenzione e soppressione di orina negli ureteri) le cagioni «che attaccano il corpo della vescica; nella 2ª quelle che assalgono il suo collo; nella 3ª quelle che premono il medesimo collo dalla via di fuora; e nella 4ª quelle che chiudono il lume dell'uretra ovvero il prepuzio, o le labbra della vulva (2)».

Fra queste cagioni alcune sono poco frequenti, taluna rarissima. Tale è l'iscuria formata dal distacco della mucosa vescicale di cui fu detto poc'anzi (Cap. 85), e così l'altra ricordata dal Monteggia formata da quell'appendice della vagina, che a guisa d'ugola pende sotto dell'uretra, e che straordinariamente tumida chiudeva il meato orinario (3). Il Prof. Palamidessi vide un uomo a cui nel perineo, che vent'anni prima avea percosso contro un corpo duro, gradatamente crebbe, mentre mano a mano perdeva la facoltà d'emettere l'orina, un tumore grosso quanto la testa d'un feto, trasparente, elastico, riducibile a guisa di ernia, con questo che, se esso vuotavasi aumentava il volume della vescica. Non potendosi entrare per le vie naturali fu inciso il sacco perineale, formato dall'uretra straordinariamente dilatata di dietro a robusto restringimento, che poi venne tagliato allungando la ferita, e spingendolo in basso mercè alla sciringa introdotta nell'uretra (4). Nelle Epistole anatomiche del Morgagni leggonsi pa-

---

(1) 2 Tomi in 8°, diviso in 2 Parti il secondo.

(2) Lezioni intorno ai mali della vescica orinaria T. II p. 120 P. I. — Il Malacarne si era proposto di esporre le cose men ordinarie tanto di notomia, quanto di patologia e di terapeutica da lui osservate negli organi uropojetici; ed a questo suo pensiero diede effetto pubblicando una dissertazione nelle Memorie della Società italiana delle Scienze (A. 1786 T. III 102): ma l'opera cominciata non ebbe seguito.

(3) Fasciculi pathologici p. 135. — L'Asson in una vecchia tormentata da iscuria e morta di tubercolosi polmonale, trovava la mucosa della vescica infiammata e sparsa di *corpicelli tubercolosi*, l'uretra grossa e dura quasi come fibro-cartilagine (Giorn. Veneto Scien. med. 1868 VIII 41).

(4) Lo Sperimentale 1858 I 485. — Il Dott. Pietro Patrizio fra le parecchie storie di ascessi urinosi, consecutivi a rottura dell'uretra, per cagione principalmente di caduta o percossa sofferta dal perineo, ha ancora questa di un giovane, curato dal Dott. Asson, nel quale,

recchi istruttivi esempj di *ritenzione occulta* od *iscuria paradossa*, intorno la quale il predetto Troja diede pure savj ammonimenti di pratica (1).

Ma, qualunque sia la cagione dell'iscuria, il chirurgo, prima che si risolva di pungere la vescica perchè n'esca l'orina, tenta ogni modo di riaprire le vie naturali mediante il cateterismo semplice, ovvero mediante la dilatazione forzata, tanto con la siringa, quanto con le injezioni.

Il cateterismo, che è sempre operazione delicata, talvolta è difficilissimo anche quando non vi siano ostacoli *veri*, cioè restringimenti o deviazioni dell'uretra per effetto di malattie di questa o delle parti circostanti; ma semplicemente perchè la sciringa non è condotta nella giusta direzione. Di tali ostacoli *falsi* o *fattizj*, e de' possibili modi di evitarli operando il cateterismo, il Prof. Fabbri ha maestrevolmente discorso in una dissertazione letta all'Accademia delle Scienze di Bologna (2), nella quale sono altresì accuratamente designate le diverse direzioni, che l'uretra segue nelle differenti età, gl'inciampi che naturalmente si trovano nel corso inegualmente curvo di quel canale, quando passa sopra la prostata, e quando imbocca la vescica. L'autore chiamò modestamente il suo lavoro un *Capitolo di pedagogia chirurgica*; ma gli avvertimenti da lui dati torneranno giovevoli anche ai provetti: imperciocchè, se non si potrà mai escludere dall'operazione del cateterismo la necessità di andare a tentoni, quando s'incontrano degli ostacoli, il procedere tentativamente di chi ha buone

---

lacerato il solo corpo cavernoso, la porzione membranosa dell'uretra rimasta intatta sporgeva fuori dalle parti rotte a guisa d'ernia (Giorn. Veneto Scien. med. 1866 IV 61, 78).

(1) Op. c. p. 148. — Il Galbiati di Napoli ha pure scritto un capitolo *sulla ritenzione di orina paradossa*, dove consiglia di non isvuotare la vescica che in più tempi, per la paura che altrimenti facendo l'aria dentro si spinga in quella cavità e vi produca, non che grave infiammazione, gangrenoso sfacelo. (Memorie chirurgiche del medesimo. Napoli 1835 p. 85). Recentemente il Dott. Giovanni Fiorani, facendo particolari considerazioni sopra certe forme morbose dell'apparato uro-genitale, esponeva alcuni fatti per provare che non esiste l'iscuria per ispasmo del collo vescicale, bensì in conseguenza della paralisi *del detrusor;* e che dell'incontinenza, che si dice effetto della paralisi del collo della vescica, é piuttosto cagione la diminuita sensibilità della vescica (An. un. di Med. 1869 CCVIII 356).

(2) Serie II T. VIII. — Intorno ad alcuni ostacoli falsi o fattizj, che rendono malagevole la sciringatura nell'uomo, e intorno a due particolari maniere d'investigare la topografia dell'uretra per addestrarsi a quell'operazione: 2ª edizione migliorata (L'Ippocratico 1869 XV).

cognizioni della posizione dell'uretra e delle sue varietà, non sarà mai l'inconsiderato frugare dell'altro che quelle sbaglia od ignora. I due modi poi di notomizzare l'uretra dal FABBRI proposti per istudiare il collocamento dell'uretra, possono servire altresì ed assai bene al patologo per indagare le alterazioni della vescica, dell'uretra e delle parti circostanti, senza distruggere i loro più naturali ed importanti rapporti.

PAREO, RAMEAU, LIEUTAUD hanno fatto cenno (lasciando da parte le siringhe rette trovate negli scavi di Pompei e di Ercolano) del cateterismo rettilineo; ma questi cenni non sono certo paragonabili allo speciale lavoro di GIOVANNI GEREMÈ SANTARELLI di Forlì, scolaro di LORENZO NANNONI, e quindi Professore d'ostetricia a Roma. Dopo aver atteso alla ristampa del Trattato di Chirurgia del maestro, e corredatolo di note anatomico-fisiologiche, quegli presentava all'Accademia Medico-Chirurgica Giuseppina di Vienna le sue *Ricerche per facilitare il Cateterismo* ed in quella città le pubblicava nel 1795 (1). Il SANTARELLI pertanto faceva ciò, che 27 anni dopo l'AMUSSAT ripeteva verso l'Accademia di Medicina di Parigi: con questo per altro che il chirurgo italiano convalidava la proposta con l'esperienza clinica, il francese quasi soltanto adducendo le prove ne' cadaveri. Il valore del cateterismo rettilineo oggi è generalmente, ma ne' giusti limiti, apprezzato (2): invece quando il giovane forlivese suggerì di così operare, la di lui proposta non solamente venne male accolta, ma anche schernita (3). Lo stesso SANTARELLI in un *Trattato elementare teorico-pratico di Chirurgia e Ostetricia*, che trovasi manoscritto nella Biblioteca Comunale di Forlì, e che il Prof. RIZZOLI ha potuto consultare, parlando del catetere consente, che in varie circostanze lo strumento, perchè meglio si adatti alla precisa figura e direzione dell'uretra, ha da essere alquanto curvo, e persino, ma di rado,

---

(1) Ricerche per facilitare il cateterismo e l'estrazione della cateratta 8° gr. con 2 tav.

(2) Il Desormeaux ben dice che mercè di questa specie di cateterismo possono farsi nell'uretra e nella vescica assai operazioni, per le quali uno strumento rettilineo è necessario: ricorda che le siringhe adoprate dagli antichi e descritte da Celso non aveano che una lievissima curva; quindi, senza nominar punto il Santarelli, loda l'Amussat di aver rimesso in uso il cateterismo con siringhe dirette, il quale da secoli era dimenticato e creduto impossibile (Nouveau Diction. de Médec. VI 546).

(3) Medic. Chir. Zeitung. Salzburg 1795 III 93.

molto curvo (1). Il Dott. Borelli per rendere agevole la siringatura retta, propone di tagliare il legamento sospensorio del pene, contando con ciò di raddrizzare l'uretra (2): ma supposto anche che a questo modo si potesse togliere la piccola curvatura del predetto canale, non verrebbero meno gli altri ostacoli di cui dicemmo ragionando della dissertazione del Prof. Fabbri. Rimarrebbe inoltre da determinare l'opportunità dell'operazione, giacchè il Borelli non fece che qualche prova sul cadavere.

Parecchi anni fa nella *Gazette des Hôpitaux* era annunziato come metodo speciale di cateterismo quello usato dal Dott. Desprès figlio (3). Adopera questi una sciringa di gomma elastica munita di stiletto, e appena tocca il primo ostacolo, ritira lo stiletto per piccolo tratto, in modo da rendere alla sciringa la sua flessibilità naturale, che le permette di adattarsi a tutte le piegature del canale, che deve percorrere: in tal modo essa progredisce mantenuta costantemente dallo stiletto nella porzione normale del canale, e mercè alla propria flessibilità nelle parti deviate. Ma questo processo era già raccomandato dal Monteggia (4); ed una pratica consimile era consigliata poco prima che dal chirurgo francese (il quale anche poteva impararla dalla *Gazette médicale de Paris* che la riferiva a p. 13 dell'annata 1857) da Carlo Busi di Bagnacavallo (5). I compilatori del Bullettino delle Scienze mediche a questo proposito facevano notare che il Monteggia, affine di rendere maggiormente utile il suo procedimento, dava per precetto di ammollire l'estremità della sciringa se rigida, ed il Busi di conferire una curva permanente alla sciringa stessa; la qual curva, insieme al ritiramento dello stiletto per certo tratto può riescire in alcuni casi ne' quali le sciringhe non potrebbero ottenere l'effetto. Il Monteggia insiste assai su di un mezzo che viene adoperato dai buoni pratici anche nelle deviazioni prostatiche, per ipertrofia ecc., e cioè sull' introduzione del dito nell'ano; espediente che non si dice sia usato dal Desprès, e che apporta reali vantaggi,

(1) *Rizzoli*, Collez. di Mem. chir. II 166.

(2) Raccolta di Osserv. clin. patol. II 504.

(3) 1 Octobre 1859.

(4) Instituz. chir. Cap. XI §. 1454-1459.

(5) Studj sul meccanismo del cateterismo. Di una maniera facile di siringare colle siringhe di gomma elastica in sostituzione a quelle di metallo. In: Raccoglitore med. di Fano 1856 XIII 306, 353.

massimamente se accoppiato alle pratiche sovresposte (1). Il MONTEGGIA espose altresì buoni precetti pratici intorno la febbre che talvolta insorge introducendo strumenti chirurgici nell'uretra e nella vescica: ed è pure ricordevole il modo ingegnoso con cui egli, serbando il fatto nella sua naturalezza, procura di darne spiegazione con le dottrine patologiche allora in voga (2).

Delle diverse figure ed inflessioni date ai cateteri, delle differenti sostanze adoprate nel formar le siringhe sì rigide come flessibili, qui sarebbe soverchio, e neppure sufficientemente utile, il dire. Contentiamoci pertanto d'accennare solamente che anche nel secolo scorso parecchi de' nostri chirurghi vi pensarono: quindi la sciringa vermicolare del RONCALLI formata con filo d'argento avvolto a spirale e coperto di seta incerata (3), migliorata da PIER PAOLO LAPI di Roma, della famiglia di que' PIETRO e CARLO LAPI oculisti e litotomi Preciani che inventarono nel 1685 di fare le candelette con tela di Cambray spalmata di cera ed arrotolata (4). Di tali candelette il MARINI faceva grandi elogj nella sua *Pratica;* ed egli poi raccomandava per far orinare le donne le *sciringhe tremolanti*; le quali per essere senz'anima e quindi flessibili *(come appunto li tremolanti, che usano le donne per ornamento di testa),* non cagionano verun dolore nè incomodo nell'intromissione (5). Il TROJA poi si applicò a formare dei *cateteri flessibili* di gomma elastica, quindi di gomma lacca, o per meglio dire de' cannellini di seta, ovvero di finissimo refe coperti con queste resine (6). ALESSANDRO CELLAJ per agevolare la salita nella sciringa dell'urina, per sangue od altra cagione fatta più densa, propose di adattare un'antlia alla sciringa stessa: l'opuscolo che il chirurgo fiorentino scriveva in proposito (7), venne tradotto in tedesco dal-

---

(1) Bullet. Scien. med. Bologna 1859 XII 307.

(2) Instit. chir. P. II Cap. I. *Lesioni violente*, §. 35-38. — Vedi ancora una *Nota* in proposito del Namias (Giorn. Veneto Scien. med. 1862 XX 268).

(3) Exercitatio medico-chirurgica ecc.

(4) *Catani*, Il litotomo in pratica p. 54.

(5) Pratica delle principali e più difficili operazioni. Roma 1723 p. 87, 100.

(6) Op. cit. I p. 272, 292, II P. II 287.

(7) Riflessioni intorno al modo di distrarre dalla vescica le orine; coll'aggiunta di un particolare istrumento per mezzo di cui si cavano sicuramente quelle orine che non possono estrarsi colla sciringa. Firenze 1774.

l'Homberg e stampato a Breslavia nel 1776: nondimeno 8 anni dopo il Brandon di Glocester, ignaro di ciò che era stato fatto da noi, fece eguale proposta, ed immaginò speciale strumento, d'altronde obliato. Neppure si ricordarono del Cellaj il Perche ed il Saint Julien quando alla Società Reale di Medicina di Parigi riferirono che, per isvuotare la vescica del sangue contenutovi, adoprarono appunto l'artifizio di tramutare in tromba aspirante l'algalia o sciringa del catetere (1). Più di recente il Dott. Pietro Biagini di Pistoja volle aggiungere la pompa aspirante alla sciringa con guida per rendere più facile il cateterismo nei casi di restringimenti organici dell'uretra (2).

Il Regnoli propose un nuovo strumento per fissare la sciringa nella vescica delle donne; e cioè una piastrella di metallo con in mezzo, corrispondentemente alle aperture naturali, un foro, da' cui margini si solleva un piccolo cerchio, sostenuto da quattro steli, al quale poi s'attacca la sciringa (3). Più recentemente anche il Dott. Gaetano Tesorone immaginava un piccolo apparecchio atto a mantenere, non che la sciringa, qualsiasi altro strumento di medicatura nella regione perineale d'ambedue i sessi (4).

Il Dott. Cittadini d'Arezzo è stato fra noi grande patrocinatore del *cateterismo forzato*, ch'egli anteponeva alla puntura della vescica (5). Questa medesima opinione sosteneva nel Congresso di Firenze; ma ebbe contraddittori i più valenti chirurghi che là erano convenuti (6). Il Prof. Betti opportunamente distingueva la sciringatura *difficile* dalla *forzata;* per questa con impeto e violentemente il catetere è introdotto, per l'altra l'uretra è gradatamente dilatata. Il Cittadini, scolaro del Nannoni afferma di seguire la pratica di quel

---

(1) Hist. de la Soc. Roy. de Médec. An. 1777-78. Paris 1780 p. 242.

(2) Bullet. Scien. med. 1842 I 55.

(3) Nuovo Mercurio delle Scienze mediche di Livorno A. 1829 II 155.

(4) Archiv. di Chir. prat. 1869 VII 207 e seg.

(5) Nuovi processi operatori. Arezzo 1841 p. 55. — Riflessioni sulla sciringatura forzata accompagnata dall' istoria di due casi gravissimi in cui quella ebbe ad effettuarsi (Bullet. Scien. med. 1842 II 359. — Ann. un. med. 1843 CV 600. — Giorn. pei progressi della Patol. 1844 I 639).

(6) Atti del Congresso di Firenze A. 1841. — *Bellini G. B.*, Danni della sciringatura forzata ecc. Roma 1847. — *Pagello Pietro*, Intorno all' utilità della dilatazione forzata dell' uretra (Memor. Medic. contemp. 1840 IV 398). — *Paoli C.*, Sulla cura dei restringimenti organici dell'uretra mediante il cateterismo brusco (Gaz. med. Toscana A. 1854). — *Goresi Francesco*, Obbjezioni alla memoria predetta del Prof. Paoli. Firenze 1854.

valente chirurgo, il quale avea la mano sì destra, che, chiamato consultore nei casi d'iscuria «il prendere in mano la sciringa infilarla nel glande, e passarla in vescica era un sol momento, laddove innanzi a lui da chirurghi di guardia e da maestri di turno erasi inutilmente tentato (1)». Ma a dir vero, leggendo ciò che il Nannoni lasciò scritto intorno il cateterismo, non appare ch'esso operasse con quella violenza ed impetuosità che si annette nel concetto di sciringatura forzata. Di fatti quel clinico nel suo Trattato delle Materie chirurgiche scriveva, che se l' impedimento nasce da qualche callosità, bisogna superarla, *forzando a poco a poco* la sciringa: quando la difficoltà all'introduzione di questo strumento viene da un grande stringimento al collo della vescica, è *prudenza di non forzare* (2). A questo modo il cateterismo non è che *moderatamente* forzato, e volerlo così ancora bandito, sarebbe esagerarne i pericoli (3): certo che l'operatore ha da esser sì abile ed esperto da non temere di andar fuori di strada traversando quelle parti.

Ma, se non per il cateterismo forzato, il Cittadini merita lode per le *injezioni forzate* da lui adoperate nella cura degli stringimenti dell'uretra (4). Per ciò egli con adatto schizzetto spingeva in questo canale acqua tiepida, e tosto di seguito intrometteva una candeletta elastica: ovvero fatta giungere prima la candeletta stessa fino all'ostacolo, l'acqua veniva poscia injettata con adatto schizzetto, comprimendo leggermente l'estremità della verga, affinchè il liquido non rigurgitasse. L'Amussat, un anno dopo che il Cittadini ebbe pubblicato le sue operazioni, si fece innanzi come inventore delle injezioni forzate per guarire gli stringimenti dell'uretra: egli raccomandava un processo non dissimile dal prementovato, che per essere più complicato, un otricello di gomma elastica con vite a pressione tenendo luogo dello schizzetto, e un compressore meccanico, anzichè le

---

(1) *Cittadini*, Nuovi processi operatorj p. 63.

(2) T. II p. 204, 205. — Anche il Rossi parteggiava più per il cateterismo forzato, che per la puntura della vescica; ma intende del cateterismo fatto *méthodiquement avec force* (Élém. de méd. oper. I 294).

(3) Osservazioni che confermano l'efficacia della dilatazione e siringatura forzata dell'uretra furono pubblicate dal Pagello (Memoriale della Medic. contemp. 1840 IV 398), dal Barbieri (Ann. un. Med. 1846 CXVIII 543) ecc.

(4) Ann. un. Med. 1826 XXXVIII 401.

dita, stringendo il glande. Ma prima ancora che dal chirurgo francese e dal chirurgo d'Arezzo, le injezioni forzate per vincere l'iscuria vescicale vennero adoperate dal Dott. Giovanni Ghigini di Pavia: ci servivasi dell'olio (1). Questo metodo è stato testè rimesso in onore dal Dott. Angelo Vittadini nei casi in cui la ritenzione dell'orina è effetto *dell'irritazione* del collo della vescica e dell'uretra, od è consociata a questi stati morbosi (2). Ma anche le injezioni debbon esser fatte con cautela; oltre che non se ne deve esagerare l'efficacia.

Nel Congresso Medico di Firenze, dopo che calorosamente fu disputato intorno la sciringatura forzata, la maggior parte de' chirurghi convenne nella massima «che in molti casi d'iscuria tormentosa e di stringimento uretrale invincibile dalla sciringa, sia da preferirsi la puntura della vescica al disopra del pube, operazione facile ed innocente, alla sciringatura forzata, evitando così i pericoli e gl'inconvenienti che sogliono andar compagni a quest'ultima». Anche il Nannoni conchiudeva, che non riuscendo d'introdurre la sciringa nella vescica, dopo avere sperimentato i bagni, il salasso, le fomenta calde e l'injezione dell'olio di mandorle dolci, è necessario di ricorrere alla paracentesi della vescica. Per praticare la quale ei prescegliева la via dell'intestino retto (3); processo che anche oggi ha parecchi seguaci e specialmente in Inghilterra, come mostrano le 38 operazioni fatte dal Dott. Cock e riferite nel Tomo XXXV delle *Medico-chirurgical Transactions*. Ma naturalmente la puntura della vescica per l'ano dovrà essere proposta allora che siavi notabile gonfiamento della prostata: il Bertrandi avvertiva benissimo questa controindicazione, soggiungendo d'aver veduto in un uomo, morto per iscuria, la prostata grossa e lunga più d'un uovo, la quale non si avrebbe potuto perforare o tagliare senza grave offesa della parte posteriore della vescica e dell'intestino retto (4).

Il Prof. Rizzoli incoraggiato dai buoni effetti ottenuti con la perforazione interna degli otturamenti del canale uretrale prodotti da tessuto

---

(1) Sull'abuso della sciringa nell'iscuria vescicale. Pavia 1804. — Abbiamo già veduto come il Lapi suggerisse le injezioni oleose nella cura dei restringimenti uretrali (Cap. 85).

(2) Osservaz. prat. sulla terapia dell'iscuria vescicale. Pavia 1868.

(3) Trat. cit. p. 205, 207.

(4) Operaz. chir. II 93.

fibroso, pensò come dicemmo, di estendere il medesimo processo, convenientemente variato, a quegli ostacoli organici del collo vescicale, che impediscono lo sgorgo dell'orina, e che non possono con gli ordinarj presidj venire superati. A tal fine egli propone una particolare siringa curva in basso ed aperta per la quale deve passare un'asta, che inferiormente termina in una punta triangolare alla foggia del trequarti comune, e sopra alla punta fornita di una spirale chiusa a guisa di fettuccia, la quale permette di potersi adattare alla curvatura della cannula, ed insieme è così compatta da non potere retrocedere quando l'asta stessa sia fermata. Penetrando a questo modo e con cautela nella vescica, egli spera siano evitati i pericoli da cui può essere accompagnata e susseguita la prostatonisi praticata alla maniera del LAFAYE e del SANTOPADRE (1). Il Dott. FERDINANDO SANTOPADRE ha di fatti insistito sul modo di praticare la paracentesi per la via della prostata, giovandosi egli pure di un trequarti curvo, per la cui cannula piegata nell'estremità press'a poco come il percussore di HEURTELOUP, e guidata fino alla prostata mercè d'uno stiletto flessibile, passa un punteruolo parimente d'acciajo e pieghevole in forza della spirale di cui è munito. Il SANTOPADRE riferisce tre casi in cui con il predetto metodo aperse felicemente la chiusa via delle orine. Avverte per altro che *occorrono esperienza e circospezione per raggiungere il felice successo di questa nuova operazione* (2). Tanto il RIZZOLI, che il SANTOPADRE hanno compreso le affinità che passano tra la puntura da loro proposta ed il noto cateterismo forzato: infatti il chirurgo d'Urbino scrive che « a parità di circostanze, ove si creda indispensabile il cateterismo forzato, la paracentesi in discorso è da anteporsi perchè questa incide la barriera, quello per lo più la perfora lacerando, sempre poi contunde, irrita e lacera le parti ». Il clinico di Bologna consiglia di sperimentare, prima della paracentesi del collo della vescica, la siringatura forzata, adoprando la cannula del medesimo trequarti, e sostituendo al punteruolo un'asta o stiletto con estremità conica, e pieghevole in grazia dello stesso

---

(1) *Rizzoli*, Paracentesi interna ecc. Uretronisi interna ecc. (Bullet. Scien. med. 1858 X 355, 1863 XIX 264; 1867 III 5).

(2) Sulla paracentesi della vescica orinaria ecc. (Bullet. Scien. med. 1859 III 179; 1863 XIX 252).

artifizio della spirale chiusa. In oltre il Rizzoli non vorrebbe che l'uretronisi fosse fatta se non quando breve sia il tratto di canale prostatico, che rimane a superarsi; giacchè in caso contrario tali sarebbero, ei dice, i pericoli che per la medesima potrebbero derivarne, da credere egli *migliore consiglio l'attenersi alla paracentesi vescicale ipogastrica.*

La puntura della vescica al disopra del pube, quantunque non mai dimenticata fra noi (1), torna ad essere ben accetta nella pratica. Il Prof. Fabbri di Bologna fu senza dubbio uno de' primi a ridare fautori a quest'operazione, procurando di purgarla dei difetti che alla medesima venivano rimproverati. Raccomandava egli cioè, per evitare l'infiltrazione orinosa, di mantenere l'alto fondo della vescica a livello del pube lasciando dentro la vescica alquanta acqua, dopo che mediante le ripetute injezioni fu evacuata l'orina guasta e sedimentosa (2). Venne quindi il Dott. Callegari di Venezia per combattere coi fatti clinici le esagerate paure di alcuni e particolarmente del Guérin (3). Lo stesso faceva il Dott. Raffaele Rossi alcuni anni dopo (4).

---

(1) Nell'ospedale maggiore di Milano dal 1820 al 1834 la puntura della vescica fu praticata sul pube 11 volte, ma degli operati tre soltanto guarirono. — *Canella Benigno.* Ritenzione d'urina curata due volte, nel *1799*, colla paracentesi della vescica all'ipogastrio (*Canella Giuseppe*, Giorn. di Chir. Trento 1825 I 701). — *Vandoni.* Quadro quindicennale delle operazioni d'alta chirurgia ecc. (Milano 1841 p. 23). — *Sisco G.*, Saggio dell'Istituto clinico romano A. X-XI Roma 1826 p. 19. (Il Prof. Sisco avverte in proposito esser a lui accaduto di dover estrarre con l' incisione dalla parte del pube o dell'ano la cannellina attaccatasi alle pareti della vescica e incrostata di materia terrosa). — *Rispoli*, Paracentesi vescicale dell'ipogastrio: guarigione (Archivj di Medic. e Chir. Napoli 1828 I 160) — *Durante R.*, e *Pisani E.*, Osserv. di ritenzione d'orina, per la quale fu eseguita la puntura della vescica, *per la via del pube*, con felice successo (Il Severino 1832 I 353).

(2) Puntura ipogastrica della vescica. Storia con riflessioni (Bullet. delle Scien. med. 1838 VI 381). — Il dott. Augusto Ferro poco dopo ebbe occasione di felicemente sperimentare i suggerimenti del Prof. Fabbri operando la paracentesi vescicale soprapubiana (Ivi 1843 IV 252).

(3) Sulla convenienza di praticare la puntura della vescica più frequentemente che non si fa (Giorn. Veneto Scien. med. 1858 XII 257).

(4) Dell'uretrotomia perineale e della cistonixi (L' Ippocratico 1862 I 379, 491). — *Sontero O.*, Sopra di un caso di paracentesi vescicale soprapubica seguita da guarigione (Giorn. di Med. milit. 1863 p. 385). — *Trevisanato C.*, Iscuria per ipertrofia della prostata, forse aggiunta a paralisi della vescica; tre volte la puntura di questa: guarigione dopo tre mesi di malattia (Giorn. veneto Scien. med. 1862 XX 245). — *Minich*, Iterate punture della vescica per tumore della prostata (Ivi 1861 XVII 77). *Idem.* in una vescica con varj diverticoli (Ivi 1862 XIX 94). Stringimenti uretrali, periprostatite cronica, puntura cistica della vescica, cistoperitonite (Ivi 1867 VII 515).

Nell' ospedale di S. Maria Nuova di Firenze dal 1809 al 1853 la puntura della vescica non fu fatta che 6 volte, quella Scuola preferendo a tale operazione la *sciringatura forzata;* la quale, fa riflettere il Prof. Landi, sebbene venisse fatta così frequentemente, e qualche volta forse anco abusando del vocabolo, tuttavia non si saprebbe affatto impugnare che talora risparmiasse in realtà la puntura di quest' organo (1). Alcuni altri casi di paracentesi vescicale praticata da chirurghi toscani sono ricordati dallo stesso Prof. Landi, ma in tutto non sommano che a 13. La puntura 7 volte venne fatta sull' ipogastrio, e 3 volte ebbe esito infelice; invece furono seguite da guarigione le punture per la via del retto (quattro volte) e del perineo (due). Guariva altresì il malato cui per *iscuria gallica* il Barsanti di Livorno evacuava l'orina forando l'intestino retto (2); ed egualmente gli altri curati nello stesso modo dal Ricchi (3), dal Prof. Uccelli (4), dal Dott. Matteucci (5), e dal Linoli (6). Da questi risultamenti potrebbesi trarre la conseguenza, cha quando sia da fare la paracentesi vescicale, la medesima far si dovesse per una di quelle vie, che ormai i pratici hanno abbandonata: ma veramente tali numeri, esigui come sono, non hanno bastevole autorità per risolvere altrimenti la quistione; se pur non si volessero confortare con gli esempj preacennati di alcuni chirurghi specialmente d' Inghilterra. Il Tacconi di Bologna avea già consigliato, dovendo pungere la vescica, di preferire la regione del pube, perciocchè egli avea osservato in molti periti d' iscuria i tumori, gli esulceramenti ed altrettali lesioni tenere costantemente sede nel collo e nella posterior parte di quel viscere, nè mai estendersi all'anteriore (7): questa medesima pratica e per le medesime ragioni venne poscia anche dal Palletta raccomandata (8).

---

(1) Gli spedali e gli ospizj di Parigi e di Londra. Firenze 1853 p. 190.

(2) In: Osservazioni med. prat. e chirurg. di valenti clinici italiani raccolte dal Dott. Angeli Imola 1793 I Oss. XXIII.

(3) Lettera contenente la osservazione sull'Esofagotomia ecc. Assisi 1797 p. 36.

(4) Anno di Clinica esterna. Firenze 1823 II 85. Probabilmente il caso dell'Uccelli è uno di quelli annoverati dal Prof. Landi siccome appartenenti alla Scuola di Firenze.

(5) Il Severino 1837 p. 262.

(6) Raccoglit. med. di Fano 1846 XVII 81.

(7) De Bonon. Scient. Instit. Comment. VI 75.

(8) Dissertaz. chir. Venezia 1795 Disp. III.

Il Prof. Palasciano non tanto teme la paracentesi vescicale ipogastrica, quanto la giudica insufficiente ne' restringimenti non dilatabili dell'uretra, giacchè essa nulla fa di più che vuotare la vescica; mentre che con l'uretrotomia italiana, ovverossia quella che si fa con il catetere, oltre l'evacuare l'urina, si distrugge l'ostacolo al corso di questa (1). Ma veramente i chirurghi pungendo la vescica non intendono di assolvere la cura, bensì di riparare ai bisogni urgenti dell'infermo e di *guadagnar il tempo necessario per ristabilire il corso naturale delle urine.* In oltre l'iscuria non procedendo soltanto da unico vizio, bensì da parecchi, necessariamente non può in unico modo esser vinta.

In fine riguardo la storia della paracentesi vescicale i chirurghi ricorderanno che Giovanni Zecchi, celebre medico della seconda metà del secolo XVI, propose pel primo di pungere la vescica dal lato del perineo per alleviare la pertinace disuria; ammaestrato in ciò dalla natura, avend'egli veduto molte volte cessare ogni patimento nell'orinare, posciacchè rompevasi un ascesso spontaneamente formatosi nello spazio che è tra l'ano e la parte posteriore delle pudenda (2). Ed al Riolano che affermava tale operazione essere già da cent'anni usata dai medici parigini (3); il Morgagni rispondeva che lo Zecchi era allora bensì giovane, *sed ea aetate, ut id sub natura ipsa discere potuerit* (4).

---

(1) Rendic. dell'Accad. med. chir. di Napoli A. 1859. — *Palasciano*, Mem. ed Osserv. di Chir. prat. Vol. II. — Archiv. di Chir. IV 219. — Il Troja parimente determinossi di costantemente servirsi dell'operazione dell'occhiello, ossia *boutonnière* de' francesi con la quale ei dice si attacca la *malattia presente e la cagion della malattia*: poscia che per diversi inconvenienti (infiltrazione dell'orina, uscita della cannella) rimase disgustato della puntura della vescica dal lato dell'ipogastrio e dell'intestino retto (Lezioni intorno ai mali della vescica orinaria T. II P. II 157).

(2) Consultationes medicinales. Romae 1601 n. 58 p. 318. « De colli vescicae sectione ad tollendos dolores lithyasi laborantes ecc. ».

(3) Encheiridium anat. et pathol. Lugd. Batav. 1649 L. II Cap. 30.

(4) De Sedib. et Caus. Morbor. Epist. XLII n. 36. — Lo Zecchi morì in Roma di 68 anni nel 1601 (*Fantuzzi*, Scritt. di Bologna VIII 295).

(Capo 88.°)

ROTTURA DELLA VESCICA. — OTTURAMENTO DELL' URETRA. FISTOLE E TUMORI ORINOSI. — NEVROSI DELLA VESCICA. — INTRODUZIONE DELL'OPPIO NELLE VIE ORINARIE.

Accennate le ferite della vescica nell'articolo delle *ferite addominali*, non ci resta a dire che della *rottura spontanea* della medesima. Quest'è un fatto non molto comune, e quando avvenga, la morte per solito lo sussegue; laonde importante è il caso, con molti particolari narrato dal Palamidessi, nel quale senza veruna esterna violenza, dopo un' iscuria per quattro giorni continua, la vescica si ruppe, e nondimeno il malato per opera della natura e dell' arte meravigliosamente guariva (1). Questo fatto vale con gli altri raccolti dall'Houel a restringere la sentenza del Laugier che le lacerazioni della vescica siano sempre mortali (2). Cotesti assoluti giudizj dovrebbero essere più prudenti, posciacchè li vediamo mano a mano per più attenta e fedele osservazione banditi o corretti. Anche l'Amussat avea detto, che, qualunque sia la sede e la vetustà di un restringimento nel canale dell' uretra, questa non è mai obliterata intieramente, *il existe toujours un point de communication entre les parties antérieures et postérieures:* poscia vennero le dimostrazioni che veramente l'uretra può del tutto chiudersi. Ma non faceva d'uopo attendere gli esempj del Thomson, di Banchet e di Demarquay, giacchè il Palletta, 6 anni prima che il Petit pubblicasse le Lezioni di Amussat, cioè nel 1826, narrava che fin dal 1778 in un vecchio più vol-

---

(1) Lo Sperimentale 1866 XVII 3.

(2) Il Dott. Brizio Cocchi riferì il caso di un sonnambulo, che precipitando dall'alto, ebbe rotta la vescica: l'orina si versò nel basso ventre, e la morte avvenne soltanto dopo 5 giorni senza che profondo guasto si trovasse poi ne' visceri addominali (Giorn. delle Scienze med. chir. di Pavia 1839 X 5).

te afflitto da morbo venereo, e morto per iscuria, trovava con l'anatomia l'uretra membranacea *ad tres lineas coangustata, accretis inter se parietibus per iteratas inflammationes* (1).

Il Prof. Palasciano nella cura delle inveterate fistole orinarie del perineo ha adottato per metodo d'aprire tutti i tramiti fistolosi, d'incidere largamente l'uretra, applicando quindi il cauterio attuale su tutti i seni discoperti. Il qual metodo, se tiene simiglianza con quello del Bonnet, ne differisce perchè congiunge in un sol tempo i varj atti operativi che lo compongono, i quali invece dal chirurgo di Lione sono in più volte eseguiti; e più ancora ne differisce, come faceva notare il Barbarisi, perchè, mentre il Bonnet accuratamente bada di non comprendere l'uretra in tutte le incisioni, che sono necessarie per aprire i seni, il Professore di Napoli non si perita d'incidere ampiamente l'uretra (2). Quel che facesse il Palamidessi nel caso di tumore urinoso perineale formato da straordinaria dilatazione dell'uretra, l'abbiam detto cominciando il precedente capitolo. La spaccatura dei seni fistolosi per quindi incidere posteriormente l'ostacolo, o restringimento dell'uretra, che dinanzi non può essere superato, fu già felicemente dal nostro Atti praticata. Per altro, dice il biografo dell'Atti stesso, quegli non escludeva la paracentesi vescicale, ma la serbava soltanto per quell'iscuria, *cujus causa in prostata inest aut in vescica* (3). Merita in tale materia di essere letto ciò che il Nessi scriveva nelle sue Istituzioni (4). Merita pure una parola l'ardita pratica del Troja, allorquando la cangrena siasi formata consecutivamente a tumori urinosi, di recidere tutte le parti corrotte quand'anche il singhiozzo, il sudor freddo ecc. dessero segno di prossima morte. In uno de' suoi malati dice di essere stato costretto, non solo di denudare i testicoli, ma ben anche buona porzione delle natiche: nondimeno le forze tornarono e i gravi sintomi scomparvero. Si osservò che l'uretra non era stata colpita dalla mortificazione, ma si trovava squarciata pel lungo

---

(1) Exercitationes pathol. Mediol. 1826 P. II p. 179.

(2) *Barbarisi Gennaro*, Cure delle inveterate fistole orinarie secondo il metodo del Palasciano (Rendic. dell'Accad. med. chir. di Napoli 1855 T. IX p. 184; 1856 X 5). — *De Martino*, Storia di inveterati restringimenti ecc. (Il Severino 1858 XIX 285). — *Palasciano*, Lezioni su le inveterate fistole orinarie ecc. (Archivio di Chir. prat. 1868 VI 14, 40 e seg).

(3) *Termanini*, De vita et Scriptis Josephi Attii p. 29.

(4) T. III p. 184. Pavia 1788.

dalla metà del perineo sino alla prostata (1). Consimili esempj, dal Prof. Garneri e dal Dott. Ballarini osservati, leggonsi nelle note apposte dal Dott. Giacomo Barovero al Sistema di Chirugia operativa di Carlo Bell (2). Il Monteggia avea gia raccomandato il sollecito e profondo taglio del perineo negli ascessi orinosi rapidi e diffusi: il medesimo autore faceva altresì notare che, contro gl'insegnamenti di Hunter e Desault, più presto si consegue il chiudimento del foro dell'uretra adoprando interpolatamente le candelette, di quello che mantenendo di continuo per uno o due mesi la siringa in vescica: di fatti egli vedeva, levata la siringa stessa circa dopo tre settimane, quando gli ostacoli s'erano spianati, la fistola chiudersi in pochi giorni (3). In una fistola retto-vescicale, che scendeva eziandio nel perineo e nello scroto, avvenuta in seguito di operazione della pietra, il Dott. Castellacci fra i varj espedienti messi in pratica per ottenere, siccome ottenne, la guarigione, v'ha pur quello di far giacere bocconi o di fianco l' infermo affine di obbligare le orine a scaricarsi pel catetere (4). A suo luogo vedemmo quanto conto faccia il Prof. Giordano della posizione o *statica* nella cura delle fistole vescico-vaginali (Cap. 84).

Narra il Borsieri che il Dott. Domenico Uccelli di Milano tagliò la vescica in certi mali di orina senza trovar calcolo, ned altro vizio manifesto: nondimeno l'operazione non fu del tutto inutile, giacchè gl'infermi n'ebbero grande sollievo ed anche qualcheduno ne guarì (5). Ciò che avvenne per accidente od errore fortunato (6), di cui

---

(1) Lez. cit. T. II P. 1 p. 165.

(2) Torino 1817 I 170. Parte 1ª.

(3) Il Severino A. 1843.

(4) Istit. chir. Cap. XI § 1436-39. Chiuso poi il foro, dovea tornarsi per qualche tempo all' uso della sciringa o candeletta. — Vedi ancora il Capitolo intorno i depositi orinosi dei Prof. Felice De Rensis ed Antonio Ciccone nell' Ateneo di Napoli (A. 1846).

(5) Lettera contenente alcune osservazioni di mali cronici della vescica (Giorn. per servire alla Storia della Medic. Venezia 1785 III 27). Leggasi pure su quest' argomento il caso narrato dal Dott. Asson *Nevropatia vescicale in una femmina, che mentiva la presenza d' un calcolo. Cistotomia col taglio uretrale. Guarigione* (Giorn. Venet. Scien. med. 1862 XIX 516); e l' altro consimile del Dott. Jona in un fanciullo (Ivi 1865 III 543).

(6) Veramente fortunato errore fu quello in cui narra d' essere incorso il Prof. Marzolo, siccome nuova e singolarissima la cagione dell' errore stesso. Lo sciringone adoprato nell'esplorare la vescica era formato di due pezzi, e quantunque apparentemente senza difetto la saldatura non era perfetta, permettendo un piccolo movimento laterale, che nell' urto d' un membro dello sciringone su l' altro produceva tal suono da far credere che grossa pietra in vescica

anche il Velpeau è stato testimonio, forse altri proporrà nella pertinace nevralgia od iperestesia della vescica! E qui viene opportuno far cenno delle osservazioni del Riberi intorno gli utili effetti dell'oppio introdotto nelle vie orinarie, non solamente per lenire i dolori delle malattie di quelle parti, e delle vicine; ma di altre ancora di sede lontana, come le ernie strozzate e le coliche violente. L'estratto d'oppio del Baumé per tal via, alla dose non minore di 2 grani, nè maggiore di 6, produce, più presto nell'uomo, che nella donna, narcotismo moderato e di breve durata, senza stitichezza ed irritazione delle vie digerenti, ma soltanto lieve cociore nell'orinare (1). Le lodi date dal clinico torinese fin dal 1830 a questa maniera d'amministrazione medicinale non vennero da altri riconfermate: tanto meno oggi si sente il bisogno di giovarsi di cotale espediente, le injezioni ipodermiche essendo generalmente adoprate: nondimeno nelle molteplici contingenze della pratica ben potrebbe darsi, che di preferenza si dovesse seguire l'anzidetta strada per ottenere effetti calmanti.

complicasse le molteplici fistole uretrali, che da molti anni affliggevano il paziente. Ma ben venne la cistotomia, perciocchè apertasi in tal modo una larga strada all' orina questa venne deviata dalle fistole, che quindi si poterono chiudere, provvedendo altresì alla dilatazione dell' uretra ciò che in altro modo mai si era potuto conseguire (Gaz. med. Prov. Venete 1868 p. 305).

(1) Utili effetti dell'oppio introdotto nelle vie orinarie nella cura di alcune malattie (Atti della Soc. med. chir. di Torino 1844 I 317). — *Pertusio*, Modificazione alla pratica d'introdurre sostanze medicamentose entro l'uretra col mezzo delle candelette (Giorn. delle Scien med. di Torino 1846 XXVII).

(*Capo* 89.°)

CORPI ESTRANEI INTRODOTTI E PENETRATI NELLE VIE ORINARIE. PROSPETTO IN PROPOSITO. — VERMI NELLE VIE ORINARIE.

Se si consulti il Commentario del Denucé (1), il Capitolo del Prof. Porta (2), e l'Opera di Mair (3) tosto si scorge che non v' ha può dirsi forma di corpo, o specie di sostanza capace di passare per l'uretra e di esser contenuta nella vescica, che in questo serbatojo non sia stata introdotta e trovata (4). Il Prof. Porta consultando intorno a 100 opere degli ultimi tre secoli, ossia da Pareo ed Ildano fino ai tempi più moderni, ha messo insieme 225 casi, de' quali 9 furono da lui operati. Più della metà de' casi (146) spettano al sesso virile; ma ne' maschi, oltre la manusturbazione, che è la causa quasi unica che porta corpi estranei negli organi genito-orinarj della donna, vi sono altre cagioni, e cioè le ferite accidentali, l'applicazione dei diversi strumenti e le operazioni fatte dal chirurgo. Qualunque sia il luogo d' immissione, cioè per la naturale apertura dell'uretra ovvero per le preternaturali delle ferite e fistole del ventre, del perineo ecc., il corpo si trova generalmente (92 per 100) nella vescica. La forma e la consistenza o durezza de' corpi estranei è troppo varia per farne, siccome piacque a Civiale, base di classazione; e però il Porta presceglie di ordinare i corpi suddetti secondo la qualità o la natura loro. Delle cinque classi formate (Corpi duri metallici — duri minerali — duri legnosi ed ossei — cereali e frutti — corpi molli e

(1) Corps étrangers de la vessie (Journ. de Bordeaux A. 1856).

(2) Dell'estrazione dei corpi estranei introdotti nelle vie orinarie. In: *Porta*, Della Litotrizia. Milano 1859 p. 340.

(3) Fremde Körper, die von Aussen in dem Organismus eingedrungen sind. München 1861.

(4) Girolamo Marini vide una pietra estratta ad un frate cappuccino, che avea per nucleo un *nodo di corda di canepa;* ed ei medesimo cavò fuori un grosso calcolo dalla vescica di una ragazza, che s'era formato sopra un pezzo di penna di gallina (Pratica delle principali e più difficili operazioni ecc. p. 138, 139).

tessuti) la più copiosa è la prima, che abbraccia 120 casi, in 87 dei quali il corpo estraneo è uno spillo, ovvero spilloni, forchette da capelli ecc. Nella proporzione di oltre il 61 per 100 i corpi stranieri hanno dato luogo al calcolo o ad incrostazioni. In un terzo circa de' casi non occorse fare per l'estrazione verun taglio; questo invece, nella metà e più, fu indispensabile; 20 volte l'espulsione fu impossibile, ed in altrettante invece avvenne spontaneamente. Sopra 122 *operazioni di taglio* l'autore contava 80 cistotomie perineali maschili, e 20 incisioni uretro-vescicali nella donna: la mortalità può computarsi del 10 al 12 per 100. Parecchi ingegnosi strumenti sono stati immaginati, e con diversi processi messi in opera per cotale estrazione; perciocchè se assai volte bastano gli ordinarj strumenti e le diverse specie di mollette, non sempre è così; chè anzi è pur d'uopo usare talora mezzi affatto particolari. Gli strumenti litontritici servono benissimo, e particolarmente nella donna, a rimuovere il corpo straniero; e però oggi vediamo meno che per lo passato sorgere il bisogno di tagliare: ma sarebbe soverchio l'affermare, che quelli ad ogni caso provveggono. Per far conoscere i diversi congegni dai nostri chirurghi adoprati al predetto fine, converrebbe descriverli non bastando la semplice denominazione: la qual cosa non è qui possibile. Laonde ci limitiamo ad indicare la mollettina curva ed inguainata del Duse per estrarre grosso fagiuolo dalla vescica d'un uomo (1): la pinzetta del Bianchetti, la quale scorre a passi di vite dentro una cannula, e che afferrata la forcella, od altro corpo consimile la trae dentro la cannula ripiegandola sopra sè stessa (2): il catetere retto

---

(1) Ann. un. Med. 1833 LXVI 498.

(2) Estrazione di una forcina di ottone dalla vescica di una donna (Ivi 1835 LXXV 150). Di una nuova pinzetta vescicale per l'estrazione de' corpi flessibili metallici (Atti del Congresso di Padova. — Bullet. Scien. med. 1843 IV 110). — Il Bianchetti modificò poscia il suo strumento facendolo curvo, e rendendo flessibile la pinzetta con le molteplici articolazioni a guisa di catena (Ivi 1845 VII 137). — Allo strumento primitivo del Bianchetti risponde il *cisticamptulco* dal Belluomini ideato senza sapere, a quel che pare, ciò che prima avesse fatto il chirurgo veneto (Gaz. Tosc. Scien. med fisiche 1850 n. 17). La cannula del Dott. Giovanni Rota di Vicenza, inventata fin dal 1829, non nasconde entro di sè lo spillo od altro corpo consimile, ma soltanto lo piega mediante due laminette, che volgendo un rocchetto escono parallele fuori della cannula, e spingonsi contro il corpo stesso afferrato e tenuto fermo trasversalmente dall'asta uncinata che pure scorre dentro la cannula (Beschreibung eines Instruments zur Entfernung nadelförmiger, in die weibliche Urinblase eingedrungener fremder Köper In: *Gräfe und Walther*, Journ. der Chir. 1830 XIV 518. — Memoriale della Med. contemp. 1848 XIX 40).

ad uncino semplice, e quello curvo ad uncino a chiavetta del Busi, parimente per estrarre corpi metallici e flessibili dalla vescica della donna col primo, da quella dell'uomo con il secondo (1). Questi strumenti, oltre che hanno il merito della semplicità, sono stati immaginati e provati prima che il Leroy facesse conoscere i suoi molto più complicati, ma non per ciò di più sicura e più larga amministrazione. Tante poi sono le varietà dei casi, che all' ingegno meccanico del chirurgo non può mai mancare il campo di esercitarsi.

Dopo il Prof. Porta, il Dott. Gherini si è occupato particolarmente dell'estrazione dei corpi stranieri introdotti nelle vie orinarie. Egli ha pubblicato in proposito negli Annali Universali di Medicina un Commentario che può considerarsi quale appendice all' anzidetto Capitolo del clinico di Pavia (2). Comprende 31 casi: 9 veduti dall'autore, gli altri, meno 3, communicati da colleghi italiani. Diciotto furono osservati in maschi, 13 in femmine: in 7 casi i corpi stranieri aveano dato luogo a calcolo o ad incrostazioni. Laonde a rigore questi dovrebbero considerarsi semplicemente come calcoli. Rispetto alla qualità dei corpi estranei vuol esser notato il tubo di vetro degli ordinarj termometri, che un giovane s'introdusse nell'uretra, e che si era spezzato un pollice circa sotto l'orificio esterno. Il corpo straniero ebbe uscita spontanea tre volte; un' altra volta pure ciò accadde con l'ajuto della dilatazione; 9 volte l' estrazione venne fatta senza taglio per le vie naturali; 18 volte il taglio fu necessario. Gli strumenti adoperati per l'estrazione incruenta furono unicamente mollette da polipi a guaina, o mollette uretrali e gli strumenti della litotrizia. Il Dott. Minich levò appunto il predetto tubo di termometro mercè della pinzetta uretrale di Hunter. Parlando dei diversi strumenti a tal fine proposti, il Gherini dice di ammirare più il talento meccanico dell' inventore, che approvarne l'utilità pratica. Allorchè ei fu costretto d'operare, operò come si trattasse di vero calcolo nell'ure-

(1) Di alcuni istrumenti chirurgici (Bull. Scien. med. 1848 XIV 5). Il Malagodi perfezionava lo strumento del Busi aggiungendo un fusto di legno, che con l'estremità olivare oltrepassa di alcune linee la cannuccia, affine di rendere più spedita l' introduzione per l'uretra in vescica; allo strumento così modificato dava il nome di *cannuccia vescicale porta-uncino* (Sulla litotripsia. Lettera al Dott. Ferdinando Santopadre. Fano 1852 p. 124. — Poscritto alla Lettera suddetta. Fano 1852: dal Raccoglit. med. di Fano V 241, VI 465).

(2) Ann. un. Med. 1863 CLXXXVI 243

tra o nella vescica. Vi fu un sol caso di morte di una donna avvenuto per cistite dopo l'estrazione di una pietra, il cui nucleo era una forcina da capelli, per le vie naturali grandemente dilatate con le tanaglie. Nessuna cistotomia fu seguita dall'enuresi, risultamento ben avventuroso, quando tutti i maestri lamentano frequente la perdita involontaria dell'orina, come conseguenza del taglio dell'uretra e del collo della vescica. Per evitare sempre più il pericolo dell'enuresi, l'autore consiglia di tagliare l'orifizio e un po' anche l' uretra della donna, dilatando in seguito moderatamente il collo della vescica. Imperocchè se grande è la dilatabilità dell'uretra muliebre, questa nondimeno ha i suoi limiti, e l'estremità esterna dell' uretra stessa è la parte del canale meno dilatabile. Ma anche il Vaccà avea raccomandato di premettere l'incisione alla dilatazione dell'uretra; e recentemente il Fergusson ha ripetuto il precetto (1).

Credo non sarà discaro che io quì aggiunga l'indicazione di altri casi di corpi estranei nelle vie orinarie, che non vennero notati dal Porta e dal Gherini, perchè posteriori alla pubblicazione dei loro lavori, o perchè rimasti ignoti a' medesimi. Io mi limiterò, come ho fatto per altri argomentt, agli autori italiani, partendo dal Morgagni, che con meravigliosa erudizione, può dirsi abbia registrato tutti quelli che fino a' suoi dì erano noti. Nè io presumo di dare un appendice cosi compiuta, che altri non trovi nulla da aggiungere. Nel prospetto che segue, quando non siavi speciale notamento, deve intendersi che il corpo estraneo fu apposto od immesso direttamente nel canale emissario dell'orina. I casi sono esposti in ordine di tempo, e quando la data dell'operazione o dell'accidente non fu dagli autori indicata, si è messa quella dello scritto in cui il fatto venne pubblicato, molte volte le due date non ne formano che una sola.

---

(1) System of practical Surgery. London. 1857 p. 799.

PROSPETTO DI CORPI ESTRANEI INTRODOTTI O PENETRATI N

N.	DATA	AUTORE OD OPERATORE	SESSO	SEDE	QUALITÀ DEL CORPO ESTRANEO	MUTAZIONI NEL MEDESIMO
1	1750	CATANI ALESSANDRO	M.	Vescica	Candeletta	Nucleo di calcolo
2	1760	» »	»	»	Palla di schioppo per ferita nell'addomine	»
3	»	» »	»	»	Candeletta	»
4	1762	» »	»	»	»	»
5	»	MASOTTI DOMENICO	F.	»	Seme di zucca	»
6	1763	CATANI ALESSANDRO	M.	»	Corda di budello adoprata per restringimento uretrale	»
7	»	ORTESCHI PIETRO	»	»	Ago inghiottito!	. . . .
8	1768	Anonimo operatore	F.	»	Ago d'argento	Involto in un *globo natura e colorito car*
9	1770	TROIS PIETRO	»	»	Gambo di paglia *nodoso lungo 3 oncie con sue foglie e 3 capillate radici*	Incrostato di mate tartarea
10	1782	SOGRAFI PIETRO	M.	»	Spilla	Nucleo di calcolo
11	1783	PICCINELLI ANTONIO	F.	»	Spillo inghiottito!	. . . .
12	1785	Anonimo operatore	»	»	Forcella da capelli	Nucleo di calcolo
13	1786	FLAJANI GIUSEPPE	M.	»	Forcinella da capelli inghiottita e penetrata dall'intestino in vescica, le pareti di entrambi ulceratesi ed insieme adese	Incrostazioni
14	»	»	»	»	Stuzzicorecchi	Nucleo di calcolo
15	1795	CARMINATI DOM.	»	Uretra	Pezzo di radice di genziana per dilatare l'uretra ristretta	. . . .
16	»	MANZONI ANTONIO	F.	»	Forcinella da capelli	Concrezioni calcolose r la piegatura della force
17	1796	» »	M.	Vescica	» »	Nucleo di calcoli

IE ORINARIE, E DALLE MEDESIME ESPULSI OD ESTRATTI.

PLSIONE DTANEA	ESTRAZIONE SENZA TAGLIO	ESTRAZIONE CON TAGLIO	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
. . . .	. . . .	Cistotomia	Morte	*Catani Alessandro*, Il Litotomo in pratica. Venezia 1766 p. 58.
. . . .	. . . .	»	Guarig.	» » » p. 109
. . . .	. . . .	»	»	» » » p. 115
. . . .	. . . .	»	»	» » » p. 152
. . .	Con dilataz. dell'uretra	. . . .	»	*Masotti Dom.*, La Litotomia delle donne perfezionata. Faenza 1763 p. 60.
. .	. . . .	»	»	*Catani*, Op. cit. p. 161.
uretra	. . . .	. . . .	»	*Orteschi*, Giorn. Medic. Venezia 1763
vagina	. . . .	. . . .	»	» » » 1768 VI 273
retra	. . . .	. . . .	»	» » » 1772 X 176
. .	. . . .	Cistotomia	»	*Sografi P.*, Mem. sopra una singolare osserv. di una pietra. Padova 1782.
uretra	. . . .	. . . .	»	Opusc. scelti di Milano VI 240.
. .	. . . .	Alto apparecchio	M.	*Nannoni Lorenzo*. Trat. chir. Siena 1785 III 165, 2ª ediz. II 231.
. .	. . . .	. . . .	Trovata nel cadavere	*Flajani*, Nuovo metodo di medicare. Roma 1786 p. 139.
. . .	. . . .	Cistotomia	Morte	» » »
. .	. . . .	Uretrotomia	G.	*Carminati Domenico*, Note al Dizion. di Chir. del Louis. Venezia 1795 III 16.
. .	Estrazione: le due punte erano uscite l'una dall'un labbro, l'altra dall'altro della vulva.	. . . .	»	*Manzoni Anton.*, Observat. Pathol. Veronae 1795 pag. 41.
. . .	. . . .	. . . .	M.	*Manzoni Anton.*, Observat. Pathol. liber alter. Veronae 1809 p. 135.

N.	DATA	AUTORE OD OPERATORE	SESSO	SEDE	QUALITÀ DEL CORPO ESTRANEO	MUTAZIONI NEL MEDESIMO
18	1808	Flajani Giuseppe	M.	Vescica	Pezzo d'osso ileo staccato da palla d'archibugio.	Nucleo di calcolo
19	1809	Manzoni Luigi	F.	»	Forcinella da capelli	. . . .
20	1809	Zannini Paolo	»	»	Spillo di ferro lungo più di 2 pollici	Nucleo di grosso calcolo
21	1817	Barovero Giacomo	M.	»	Spica di frumento	Nucleo di calcolo
22	1819	Sisco Giuseppe	»	»	Grossa candeletta di corda di budello	Aggomitolata con incrostazioni
23	1820	Pensa	»	»	Pezzo di bacchetta lunga 6 pollici e 1/2 penetrata 5 anni prima per esplosione di archibugio nel petto il ferito stando curvo in avanti	Intorno alla bacchetta eransi formati 12 calcoletti
24	1820-34	Anonimo operatore	»	»	Fagiuolo	Nucleo di calcolo
25	» »	» »	»	»	» »	» »
26	» »	» »	»	»	Penna di piccione	» »
27	» »	» »	»	»	Festuca di paglia	» »
28	1821	Uccelli Filippo	»	»	Candeletta	Lievissima incrostazione
29	1822	Canella Giuseppe	F.	»	Forcinella da capelli	Nucleo di grosso calcolo
30	»	Trasmondi Antonio	M.	Uretra spugnosa	»	Nucleo di calcolo
31	1824	Rossi Martino	»	Uretra	Tre semi di lupino	Semplicemente ingrossati
32	1825	Rota Giovanni	F.	Vescica	Spillone d'ottone lungo 2 pollici.	. . . .

LSIONE ...TANEA	ESTRAZIONE SENZA TAGLIO	ESTRAZIONE CON TAGLIO	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
. . .	. . . .	Cistotomia	G.	*Flajani*, Giorn. Med. Chir. Roma 1808 I 222.
. .	*Non sine magna difficultate.*	. . . .	»	*Manzoni Anton.*, Observat. pathol. liber alter. Veronae 1809 p. 138.
. . .	. . . .	Uretrocistotomia e frangimento della pietra	M.	*Zannini Paolo*, Note alla trad. dell'Anat. Patol. di Baillie. Venezia 1809 II 335.
. . .	. . . .	Cistotomia	G.	*Barovero Giacomo*, Note al sistema di Chir. operat. di Bell. Torino 1817 I P. I^a 46.
. . .	. . . .	Uretrotomia	»	*Sisco Giuseppe*, Saggio dell'Istituto clin. A. III-IV. Roma 1820 p. 27.
. . .	. . . .	Cistotomia	»	*Brera*, Nuovi Comment. di Med. 1820 VI 263. — Saggi dell'Accad. med. chir. di Napoli.
. . .	. . . .	»	M.	*Vandoni*, Quadro delle operazioni nello Spedale Maggiore di Milano dal 1820 al 1834. Milano 1841 p. 28.
. . .	. . . .	»	»	» »
. . .	. . . .	»	»	» »
. . .	. . . .	»	G.	» »
. . .	. . . .	»	»	*Uccelli Filippo*, Anno di Clin. esterna Firenze 1823 II Sez. XXX Oss. 1^a p. 93.
. . .	. . . .	Uretrocistotomia	M.	*Canella*, Giorn. di Chir. prat. 1825 I 263.
. . .	. . . .	Cistotomia	G.	*Trasmondi Ant.*, Mem. su di una operazione di Litotomia. Roma 1822.
. . .	. . . .	Uretrotomia	»	Repert. Med. Chir. Torino 1824 p. 374.
. . .	Con la doppia cannula di Levret per i polipi nasali con entro un filo di ferro piegato ad uncino, che afferrò lo spillone di traverso, piegando poscia questo mediante due grosse tente introdotte dentro le cannule, e spinte con forza contro lo spillone medesimo	. . . .	»	*Chiminelli*, Memor. della Medic. contemp. 1848 XIX 41.

N.	DATA	AUTORE OD OPERATORE	SESSO	SEDE	QUALITÀ DEL CORPO ESTRANEO	MUTAZIONI DEL MEDESIMO
33	1826	Calza Carlo Luigi	M.	Vescica	Fava	Nucleo di calcolo
34	1826	Cittadini Luigi	F.	»	Agorajo	Incrostazione
35	1826	Sisco Giuseppe	»	»	Forcinella da capelli con le due punte in vagina	Nucleo di calcolo
36	1826	Maccario Angelo	»	Uretra	Ago	. . . .
37	1827	Bellini G. B.	»	»	Forcina da capelli	. . . .
38	1827	» »	»	Vescica	» »	. . . .
39	1827	Grillo	»	»	» »	Nucleo di calcolo
40	1828	Mancini Nicola	M.	»	Pezzo di candeletta di gomma elastica per restringimento uretrale	. . . .
41	1832-36	Fuschini Luigi	F.	»	Forcella da capelli	Nucleo di calcolo
42	1834	Nunciante Ippolito	»	»	Candelotto di cera lungo tre dita trasverse	. . . .
43	1834	Odone Enrico	»	»	Scheggia lunga due pollici, larga uno di un palo penetrato nella vagina e nella vescica cadendo da un'albero	Incrostazioni
44	1836	Cerulli Filippo	M.	»	Istrumento di Heurteloup rottosi nel fare la litotrizia. — N. B. L'infermo avea anche un *fungo ematode* nella vescica.	. . . .
45	1836	Giorgi Tommaso	F.	»	Spillone di ottone	Nucleo di calcolo: la punta dello spillone sporgev[a] per 8 linee.
46	1838	Riberi Alessandro	M.	»	Stelo d'erba	Nucleo di piccolo calcol[o]
47	1838	» »	»	»	» »	» »
48	1839 ?	Malagò Pier Paolo	F.	»	Forcina da capelli	. . . .

...ULSIONE ...NTANEA	ESTRAZIONE SENZA TAGLIO	ESTRAZIONE CON TAGLIO	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
. . .	. . . .	Cistotomia	G.	An. Un. Med. XXXIX 70.
. . .	. . . .	Uretrocistotomia	»	» XXXVII 417.
. . .	Dilatazione dell'uretra: estrazione con pinzetta da polipi, rotto prima il calcolo.	. . . .	M.	*Sisco Giuseppe*, Saggio dell'Istituto Clin. Anno X e XI. Roma 1826 p. 52.
...gina con- ...ivo ad a- ...o	. . . .	. . . .	G.	An. Un. Med. XXXVIII 44.
. . .	. . . .	Taglio vagino-vescicale.	»	» XLIII 140.
. . .	Con pinzetta semplice	. . . .	»	Ivi — ***Bellini***, Lettere Cliniche. Rovigo 1827 p. 35.
. . .	. . . .	Taglio vagino-vescicale di VACCÀ	»	Repert. Med. Clin. Torino 1827 p. 535.
. . .	. . . .	Cistotomia	»	Archiv. di Med. e Chir. Napoli 1828 I 128.
. . .	Dilatazione dell'uretra	. . . .	»	***Fuschini Luigi***, Relazione di operazioni dal 1832 al 1836. Ravenna 1836.
. . .	Con le tanaglie — N. B. L'uretra aprivasi nella vagina.	. . . .	M.	Annali dello Spedale degli Incurabili. Napoli 1836 II 201.
. . .	Dilatazione dell'uretra	. . . .	G.	Repert. Med. Chir. Torino 1834 p. 395.
. . .	. . . .	Cistotomia	M.	*Cerulli Filippo*, Cenni statistici di Clin. Chir. Firenze 1841.
. . .	. . . .	Taglio cisto-vaginale di VACCÀ	G.	Bullet. Scien. Med. Bologna 1836 I 325.
. . .	Litotrizia	. . . .	»	Giorn. Scien. med. Torino 1838.
. . .	»	. . . .	»	» »
. . .	Con pinzetta e dilatazione forzata	. . . .	»	Bullet. Scien. med. Bologna 1848 XIV 7.

N.	DATA	AUTORE OD OPERATORE	SESSO	SEDE	QUALITÀ DEL CORPO ESTRANEO	MUTAZIONI DEL MEDESIMO
49	1839	Riberi Alessandro	M.	Vescica	Tralcio di vite	Quattro calcoli sui qu tro pezzi in cui era d so il saeppolo
50	1839	» »	»	»	Ago d' ottone lungo 5 dita trasverse	Incurvato con lieve crostazione sulla capocc
51	1840	Spessa Augusto	F.	»	Forcina da capelli	. . . .
52	1841	Civinini Filippo	M.?	»	Pezzo di palo	Grosse incrostazioni
53	?	Pagello Pietro	F.	»	Spillone di ferro	Concrezione nella cap chia
54	1841	Regnoli Giorgio	M.	»	Pezzo di sciringa di gomma elastica.	Lieve incrostazione
55	1841	Spessa Augusto	»	»	Spillone	. . . .
56	1841	»	F.	»	Forcina da capelli	. . . .
57	1842	Bianchetti Vincenzo	M.	»	Pezzetti di paglia di frumento.	Nucleo di 14 pietre
58	1843	Bresciani de Borsa Giuseppe	»	»	Due spilloni	. . . .
59	1843	»	F.	»	Fuscellino di legno, forcella e spillone	Incrostazioni
60	1844	Baravelli G. B.	M.	Uretra	Seme di zucca	Nucleo di calcolo
61	1844	Cotta Carlo	F.	Vescica e setto vagino-vescicale.	Pezzo di trivella di ferro	Incrostazione
62	1844	Malagò Pier Paolo	M.	Vescica	Mercurio per frizioni!!	Nucleo di calcolo
63	1844	Malagodi Luigi	»	»	Pezzo di sciringa	» »
64	1845	Castellacci Giov.	»	»	Ramoscelli di salice	Incrostazioni

(1) Il Civinini non dice se tal corpo estraneo fu tratto fuori dal vivente o trovato nel cadavere. Il mede autore registra nel precitato Indice (oltre il calcolo che avea per nucleo il fusellino d'avorio già descritto dall ghisi) altri 7 calcoli ne' quali eran nucleo diverse sostanze — Pezzo di filo ritorto, grosso grumo sanguigno, fuscello, stecco, rappa di finocchio, filo —; senza peraltro dire, infuori dell'ultimo che venne rotto col litotrit se fu usata o nò qualche operazione. Parimente non è indicato il sesso che per il primo, cioè per il cal

...LSIONE ...TANEA	ESTRAZIONE SENZA TAGLIO	ESTRAZIONE CON TAGLIO	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
. . .	. . . .	Cistotomia	M.	Giornale Scien. Med. Torino 1839 IV.
. . .	. . . .	»	G.	» »
. . .	Con la *pinzetta del Bianchetti*	. . . .	»	Bullet. Scien. Med. Bologna 1840 IX 103.
. . .	. . . .	. . . .	. . . .	*Civinini*, Indice degli articoli del Museo di Anatomia di Pisa. Lucca 1842 p. 99 (1).
. . .	Litotrizia: estrazione col litotritore di Heurteloup dello spillone	. . . .	G.	Giorn. Veneto Scien. Med. 1851 II 738.
. . .	Con l'instrumento di Heurteloup	. . . .	. . . .	*Civinini*, Indice cit. p. 104.
. . .	Con la *pinzetta del Bianchetti*	. . . .	G.	Bullet. Scien. Med. Bologna 1841 XI 3.
. . .	»	. . . .	»	» » 1841 XI 6.
. . .	. . . .	Cistotomia	»	Memor. della Med. contemp. 1842 VII 351.
. . .	. . . .	Uretrotomia	»	*Bresciani*, Sag. di chir. Verona 1843 p. 176.
. . .	Pinzetta a modo di forcipe	. . . .	»	» p. 177.
. . .	Con filo metallico piegato ad ansa	. . . .	»	Bullet. Scien. med. Bologna V 140
. . .	Con le pinzette e dilatazione della ferita del setto vagino-vescicale.	. . . .	»	Atti del Congresso di Milano
. . .	. . . .	Cistotomia	»	*Lugaresi*, Di un calcolo vescicale nel di cui nucleo esisteva mercurio (Giorn. pei progress. della Patol. VI 637).
. . .	Litotrizia uretrale e vescicale	. . . . . .	»	Raccoglitore Med. di Fano 1852 V Lettera sulla Litotripsia p. 76 Oss. IX.
. . .	Col litontritore di Leroy	. . . .	»	Atti del Cong. di Napoli 1845.

...si sul pezzo di filo ritorto. — Parimente il Brugnatelli nella *Litologia* (Pavia 1819 p. 34-49) notava 8 formatisi sopra diversi corpi estranei caduti in vescica *(candeletta cerea, spillone d'ottone, scheggie d'ossa, di sangue secco, pezzo d'osso, pezzo di spica di frumento, gluma d'un grano di frumento, pezzetto di balena);* senz'aggiungere que' particolari clinici, che per lo scopo nostro sarebbero stati importanti.

76

N.	DATA	AUTORE OD OPERATORE	SESSO	SEDE	QUALITÀ DEL CORPO ESTRANEO	MUTAZIONI DEL MEDESIMO
65	1845	MALAGODI LUIGI	M.	Vescica	Fagiuolo	Nucleo di calcolo d linee
66	»	» »	F.	»	Forcinella da capelli	» » friab
67	»	MEDORO SAMUELE	M.	»	Quattro pollici di cerino	. . . .
68	1846 ?	PAGELLO PIETRO	F.	»	Spillone di ferro	Nucleo di calcolo: punta dello spillone fitto nella *branca des del pube.*
69	1847	ROSSINI SERAFINO	»	»	Forcinella lunga quasi 6 pollici	Contorta e nucleo di c colo: un gambo de forcina perforava la gina, l'altro era impur to contro la sinfisi pube
70	1849	ROTA GIOVANNI	M.	»	Ago	. . . .
71	1850	BELLUOMINI FRANC.	F.	»	Forcella da capelli	Incrostazioni
72	»	MALAGODI LUIGI	»	»	» »	»
73	1852	FANTOZZI CAMILLO	»	»	» »	»
74	1853	BORDONI	»	»	» »	Nucleo di calcolo
75	»	SANTOPADRE FERD.	»	»	» »	» »
76	»	» »	»	»	Ago con capocchia di vetro	. . . .
77	»	» »	»	»	Forcinella da capelli	» »

...LSIONE ...TANEA	ESTRAZIONE SENZA TAGLIO	ESTRAZIONE CON TAGLIO	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
. . .	Litotrizia	. . . .	G.	Raccoglitore Med. di Fano 1852 V. Lettera sulla Litotripsia p. 80 Oss. X.
. . .	» : estrazione della forcinella con la *cannula porta uncino*	. . . .	»	» » » p. 121 Oss. XIX.
. . .	. . . .	Cistotomia	»	Bullet. Scien. Med. Bologna VII 143.
. . .	Litotrizia : ripiegato lo spillone fra i denti del litotritore	. . . . . .	»	Giorn. Veneto Scien. Med. 1851 II 740.
. . .	. . . .	Uretrocistotomia	»	Raccoglit. med. di Fano 1849 XXIII 15.
. . .	. . . .	L' ago, mediante il dito indice nell' ano venne spinto verso il perineo che traforò, e quindi fu afferrato con una pinzetta	»	*Chiminelli*, Memoriale della Med. Contemp. 1848 XIX 46.
. . .	Col *Cisticamptulco* pinzetta analoga a quella del Bianchetti	. . . .	»	Gaz. Toscana di Scienze med. fisiche A. 1850 n. 17.
. . .	Litotrizia ed estrazione della forcina con la cannula porta uncino	. . . .	»	Raccoglit. med. cit. p. 124 Oss. XX.
. . .	Con il *Cisticamptulco* di Belluomini	. . . .	»	Gaz. med. Toscana 1852 p. 129.
. . .	Litotrizia: la forcinella ossidata si ruppe ed uscì coi frammenti del calcolo	. . . .	»	*Santopadre*, Trat. Storico pratico della Litotrizia. Fano 1853 p. 230.
	Litotrizia : estrazione della forcinella con pinzetta dentata	. . . .	»	» » p. 234.
. . .	Con la cannula a 3 branche	. . . .	»	» » » 341.
. . .	Con pinzetta a 2 branche	. . . .	»	» » » 342.

N.	DATA	AUTORE OD OPERATORE	SESSO	SEDE	QUALITÀ DEL CORPO ESTRANEO	MUTAZIONI NEL MEDESIMO
78	1853	Santopadre Ferd.	M.	Uretra membranosa	Ago con capocchia di vetro	. . . .
79	1855	Conti Gaetano	»	Vescica	Candeletta	La candeletta collocata in un allungamento della vescica non faceva parte del calcolo grosso 3 once, e quantunque introdotta da un'anno e mezzo, era senza incrostazioni!
80	1858	Botto Lorenzo	»	»	Pezzo di sciringa elastica adoprata per uso medico	. . . .
81	1859	Minich Angelo	»	»	Fuscello di paglia	Nucleo di calcolo
82	1861	Merlini	»	Uretra	Forcina da capelli	. . . .
83	1861	Minich Angelo	»	Vescica	Pezzo di carta arrotolata	Nucleo di calcolo
84	1862	Marzuttini G. B.	F.	»	Forcinella da capelli	»
85	1863	Burci Carlo	»	»	»	Incrostazioni: una dell[e] branche appuntata contr[o] la sinfisi del pube, l'altr[a] perforante la vagina e i[l] retto
86	1863	De Luca Domenico	»	»	»	Nucleo di calcolo
87	»	Montini Giuseppe	»	»	Matita lunga 9 centim.	»
88	1864	Farina Luigi, Fumgalli Cesare e Rota Antonio	»	»	Tubo da termometro	Senza incrostazione, [e] le incrostazioni si eran[o] staccate formando calcol[i] uretrali e perineali

(1) Ma con incontinenza d'orina.

(2) Accadde la morte l'anno appresso: il frammento del tubo, come si vide nella necroscopia, era post[o]

SIONE TANEA	ESTRAZIONE SENZA TAGLIO	ESTRAZIONE CON TAGLIO	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
. . .	. . . .	Per l'uretra avendo prima capovolto l'ago in modo da far uscire la punta di esso nella parte inferiore dell'uretra stessa verso il perineo.	G.	*Santopadre*, Tratt. Storico pratico della Litotrizia. Fano 1853 pag. 343.
. .	. . . .	Cistotomia	»	Rend. dell'Accad. Med. Chir. Napoli 1855 IX 174, 177. — 1857 XI 95.
. . .	Col litotritore di Heurteloup	. . . .	»	Gaz. degli Osped. di Genova 1858 I 405.
. . .	. . . .	Cistotomia	»	Giorn. Veneto Scienze med. 1862 XIX 99.
. . .	Pinzetta	. . . .	»	Liguria med. A. 1861.
. . .	. . . .	Cistotomia bilaterale assai difficile, un'estremità del calcolo essendo innicchiata in un largo gozzo della vescica	M.	Giorn. Veneto Scienz. Med. 1862 XIX 101.
. . .	. . . .	Taglio uretro-vescicale	G.	Gaz. med. Prov. Venete 1862 p. 423.
. . .	. . . .	»	» (1)	*Burci*, Lezioni sulla Cistotomia. Firenze 1863 p. 419.
. . .	. . . .	»	G.	Il Morgagni 1866 p. 915.
. . .	. . . .	»	»	Gaz Med. Lomb. 1863 p. 276.
. . .	. . . .	Cistotomia laterale: il chirurgo (anonimo) non poté cavare il corpo estraneo: fistola orinaria. Dopo 3 anni estrazione di 7 calcoli dall' uretra membranosa e prostatica ampliando l'apertura fistolosa (2)	M.	Rivista med. Chir. 1871 p. 19.

la sommità della vescica in direzione orizzontale, da destra a sinistra, ed incastrato per modo nella parete
no, specialmente a destra da richiedere una diligente dissezione per liberarlo ».

N.	DATA	AUTORE OD OPERATORE	SESSO	SEDE	QUALITÀ DEL CORPO ESTRANEO	MUTAZIONI NEL MEDESIMO
89	1864	Lojodice V.	M.	Vescica	Palla d'arma da fuoco, del diametro di 10 millimetri, penetrata sotto il gran trocantere sinistro	Senza incrostazione b chè rimasta dentro 4
90	»	Moroni Ferdinando	F.	»	. . . .	Nucleo di calcolo
91	»	» »	»	»	. . . .	»
92	1865	Belluzzi Cesare	»	»	Forcinella da capelli	. . . .
93	»	Caire Pietro	M.	»	Spillone	Nucleo di calcolo
94	»	Cocchi Gaetano	»	»	Cilindro di ceralacca lungo 1 pollice	. . . .
95	»	» »	»	»	Pezzo di giunco piegato in 3 porzioni lunga ognuna 4 pollici	Incrostazioni con ri fiamenti moniliformi: colo libero più gross Porzione del giunco pe rata la vescica era p trata per 2 linee nell'i stino tenue, il quale a va alla vescica non comunicazione tra l' stino e la vescica, il gi essendo rimasto in nelle false membrane l'infiammazione
96	»	Lepri Pietro	»	»	Pezzo di vimine lungo 24 centimetri del diametro di 5 millimitri	. . . .
97	»	Mazzoni Costanzo	F.	»	Forcina da capelli	Lievi incrostazioni
98	»	Umana Pasquale	M.	»	Palla d'archibugio	Nucleo di calcolo
99	1866	Burci Carlo	F.	»	Forcinella da capelli	Nucleo di calcolo: sa della forcina avea forato il tramezzo c -vaginale (3)

(1) Incontinenza dell'orina per qualche anno.

(2) La donna era gravida, e la forcinella in vescica da 6 mesi: parto prematuro naturale nel 7° mese; i

…LSIONE …TANEA	ESTRAZIONE SENZA TAGLIO	ESTRAZIONE CON TAGLIO	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
. . .	Dall' uretra cavernosa, in cui si era sospinta e fermata, mediante uncino e piccolo sbrigliamento del meato urinario	. . . .	G.	Il Morgagni 1864 p. 716
. . .	. . . .	Uretrotomia bilaterale	» (1)	Giorn. Veneto 1864 XXIII 466
. . .	. . . .	»	»	» » »
…retra (2)	. . . .	. . . .	»	Bullet. Scien. med. 1867 IV 354.
…o 28 an- …ascesso …ineo	. . . .	. . . .	»	» 1866 I 328.
. . .	Il giorno dopo col frangipietra di Civiale	. . . .	»	Giorn. Med. di Roma 1865 I 309.
. . .	. . . .	. . . .	Trovato nel cadavere	Ivi p. 306.
. . .	Col litoclasto fenestrato.	. . . .	G.	L'Ippocratico 1866 IX (Supplemento) p. 22.
. . .	Col ripiegatore di Leroy d'Etiolles in 2 volte, la forcinella essendosi rotta nella curva.	. . . .	»	Giorn. med. Roma I 374.
. . .	. . . .	Cistotomia	»	*Umana*, Ferita di vescica ecc. Sassari 18 5. — *Suadu*, Storia di litotomia ecc. In: Sardegna medica 1865 p. 301.
. . .	. . . .	Vagino-cistico: tirando fuori il calcolo mediante un laccio passato nell'ansa della forcina spergente in vagina	»	*Burci*, Due casi di rottura spontanea di parecchi calcoli. Pisa 1870 pag. 57.

…e durante la gravidanza e nel puerperio. L'espulsione avvenne dopo fieri dolori, le punte della forcinella …n diretteⁱn avanti. È da credere, quantunque non sia detto, che non vi fosse incrostazione.

(… Il corpo estraneo era in vescica da qualche anno, e nondimeno la donna avea partorito bene due volte.

N.	DATA	AUTORE OD OPERATORE	SESSO	SEDE	QUALITÀ DEL CORPO ESTRANEO	MUTAZIONI NEL MEDESIMO
100	»	Coluzzi	F.	Vescica	Forcinella da capelli	. . . .
101	»	D'Avanzo	M.	»	Ago da cucire	Nucleo di calcolo
102	»	Peruzzi Domenico	F.	»	Forcina da capelli	»
103	»	Zotti Angelo	»	»	Scheggia di canna lunga 5 cent. e mezzo penetrata attraverso la vagina nel cadere	Concrezioni calcaree
104	1867	Filippi Angelo	M.	»	Fuscelli	Nuclei di varj calcoli
105	»	Marzuttini G. B.	F.	»	Forcina da capelli	. . . .
106	»	Rizzoli Francesco	»	»	Ossa fetali	Nucleo di calcolo enorm
107	1868	Borchetta Cesare	M.	»	Pezzo d'ileo staccato da palla di fucile	Nucleo di calcolo
108	»	Pelizzo G.	F.	»	Forcinella da capelli	. . . .
109	1869	Ciniselli Luigi	M.	»	Fuscello di paglia lungo 12 centimetri	Incrostazione
110	»	» »	»	»	Estremità della branca femmina del frangipietra spezzatasi nel rompere un calcolo vescicale	. . . .
111	»	Ruggi Giuseppe	F.	»	Forcinella da capelli	Incrostazioni nelle bran che, di cui una curva spor gente
112	»	Zotti Angelo	M.	Uretra	Pezzo di candeletta adoprata per restring. uretr.	. . . .
113	1870	Anonimo	F.	Vescica	Fascetto di erbe intrecciate	Nucleo di grosso calcolc
114	»	Ruggi Giuseppe	»	»	Forcinella da capelli	» »

(1) Dopo 5 giorni guarì anche la fistola, che era già da 5 mesi.

(2) Avvenne la morte dopo 24 ore in conseguenza della *prostrazione lasciata dall'etere inspirato.*

ESPULSIONE SPONTANEA	ESTRAZIONE SENZA TAGLIO	ESTRAZIONE CON TAGLIO	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
. .	. . . .	. . . .	. . . . .	Il Morgagni 1866 p. 915.
. .	. . . .	Cistotomia	. . . . .	Annali Clinici dell' Ospedale degl' Incurabili Anno IX fasc. IV. — Il Morgagni 1866 p. 916.
. .	Litotrizia: e *Cannula porta uncino* del Malagodi	. . . .	G.	Ippocratico di Fano A. 1866 IX 457.
. .	Litotrizia ed estrazione della canna	. . . .	» (1)	» 1867 XI 36.
. .	. . . .	Cistotomia	M.	*Burci*, Due casi di rottura spontanea di calcoli. Pisa 1870 p. 60.
. .	Particolare tanaglia uncinata	. . . .	G.	Bullet. Scien. Med. Bologna 1867 III 242.
. .	Frangimento ed estrazione con pinzetta	. . . .	M.	Mem. Accad. Scien. Bologna VI.
. .	. . . .	Cistotomia	G.	*Borchetta*, Un ferito di Sadowa. Mantova 1868.
. .	Dilataz.ed estraz. con pinzetta e uncino	. . . .	»	Gaz. Med. Prov. Venete 1868 p. 37.
. .	Con piccolo frangipietra d' Heurteloup.	. . . .	»	*Ciniselli L.*, Gabinetto anat. patol. di Cremona. (Ann. un. med. 1869 CCIX 97).
. .	. . . .	Cistotomia	M. (2)	» » »
. .	Dilataz. forzata: estraz. con le tanaglie comuni da pietra	. . . .	G.	Bullet. Scien. Med. 1870 X 366.
. .	. . . .	Uretrotomia esterna	»	L'Ippocratico 1869 XV 15
. .	. . . .	Uretro-cistotomia laterale e multipla	M.	*Burci*, op. cit. p. 54.
. .	Dilatazione forzata immediata: frangimento del calcolo, estrazione della forcinella con pinzetta.	. . . .	G. (3)	Bullet. Scien. Med. 1871 XI 226.

(3) ...anto in questo, come nell' altro caso (n. 100), non rimase enuresi.

Nel secolo scorso, quando scriveva il grande anatomico di Padova, fu notato *plerasque esse Italas* le femmine cui tali accidenti succedevano, quasi che fra noi la salacia muliebre fosse maggiore che altrove, mentre che invece cotale preponderanza era semplicemente effetto della maggior diligenza de' nostri autori nel raccogliere quei fatti singolari e nel pubblicarli. Oggi che questa sollecitudine è per ogni parte, se si instituisse il confronto, non certamente da noi verrebbe la maggior quota: ma in fine a qual pro cotesta inquisizione? Imitiamo il Morgagni, il quale appunto diceva « Neque externae omnes regiones ejusdemmodi carent exemplis, quae minime necesse est hic a me odiosa sedulitate commemorari (1) ».

Nella predetta nostra tabella non è molta la varietà o bizzarria de' corpi estranei penetrati dalle altre parti del corpo, o introdotti direttamente nelle vie orinarie. Alcuno per altro di quegli esempj è degno di speciale considerazione. Nel caso del Pensa il ferito godette buona salute nel primo anno, quindi fu tormentato da fierissima *enterite*, successivamente alla quale, e dopo tre anni, la bacchetta scagliata dal fucile si aperse l'adito fra gl' intestini e la vescica. Nei casi di Flajani e di Borchetta abbiamo che il calcolo formossi su d'un pezzo d'osso staccato dal projettile, che quindi fuori usciva. Il grosso calcolo triturato ed estratto dal Prof. Rizzoli avea per base parecchi frammenti di ossa residui non tanto di gravidanza fuori dell'utero quanto di *mostruosità per inchiusione*, siccome già (Cap. 13) accennammo. Più singolare ancora è l' aver trovato mercurio nel centro di un calcolo; nè del fatto può dubitarsi, imperocchè con accurate analisi la presenza di quel metallo fu dimostrata: l' infermo, giovane di 18 anni, per un tumore cistico era stato nell' infanzia sottoposto per molto tempo alle frizioni mercuriali.

Perchè poi cadan meglio sott'occhio, e come in somma i singoli dati or ora esposti, riepiloghiamo, secondo che consentono le notizie non sempre sufficienti e compiute lasciate dagli autori, l' anzidetto Prospetto generale nella tabella che segue.

---

(1) Epist. anat. XLII n. 27.

RIEPILOGO DEL PROSPETTO DI CORPI ESTRANEI INTRODOTTI O PENETRATI NELLE VIE ORINARIE.

Categoria	Voce	N.
I. Sesso	Maschi	60
Indic. 114	Femmine	54
II. Sede	Vescica	104
Indic. 114	Uretra	10
III. Qualitá del corpo estraneo *Indic.* 113	Corpi duri mettallici . .	61
	» » minerali . .	1
	» » legnosi, ossei	13
	Corpi molli e tessuti .	19
	Semi e frutti	7
	Spiche, festuche, foglie	12
IV. Mut. nel corpo estr.	Nucleo di calcolo . .	55
	Con incrostazioni . .	25
Indic. 114	Senza incrostazioni . .	34

Categoria		Voce	N.
V. Espulsione spont. per. . *Indic.* 7		Uretra	4
		Vagina	2
		Altre parti	1
VI. Estrazione senza taglio in . . . . . *Indic.* 46	Maschi	con litotrizia . .	6
		senza » .	9
	Femmine	con litotrizia . .	9
		senza » .	22
VII. Estrazione con taglio *Indic.* 56	Maschi	Cistotomia perineale	33
		» ipogastrica	—
		Uretrotomia . . .	7
	Femmine	Uretrocistotomia	11
		Tagliovagino-vescic.	4
		Cistotomia ipogastr.	1
VIII. Esito *Indic.* 108		Guariti	89
		Morti	19

Se fra i corpi estranei delle vie orinarie si annoverano non solamente quelli che vi giungono dal di fuori, ma gli altri ancora che vi penetrano dalle interne parti del corpo, vorrebbe giustizia che nella medesima classe si ponessero le diverse specie di vermi, che pur dalla vescica a quando a quando si narra essere usciti. Anzi la letteratura medica è ricca di questi racconti; ma vagliandoli bene se ne scema d'assai il numero, o per lo meno trovasi, che molti non sono così esposti da poter loro concedere piena credenza. Valsalva e Morgagni avvertirono egregiamente gli abbagli in cui parecchi autori erano caduti giudicando elminti semplici concrezioni polipiformi, o credendo usciti dall'uretra i vermi e gl'insetti, che per qualche caso frammischiaronsi all'orina fuori de' naturali suoi recipienti (1). Il Panzani alla fine del passato secolo scrisse di proposito intorno la *Cistalgia elmintica*, opinando che i vermi della vescica provengano dai germi introdotti con le acque o con gli alimenti, e che poi scendano per gli ureteri in vescica (2). Nelle opere di Brera, di Delle Chiaje e di Dubini, per citare elmintografi italiani, fu pure trattato di quest'argomento così riguardo alla storia naturale, come alla patologia umana. Il Dott. Forlivesi di Faenza poco tempo fa pubblicava la relazione dell'uscita, da lui veduta di *Taenia solium* dall'uretra di un uomo (3), discorrendo eziandio con erudizione e criterio de' casi consimili; i quali sono piuttosto rari non sommando in tutto, compreso il predetto, che probabilmente a 5: e fra questi v'è n' ha pure un altro esposto dal Dott. Villelli di Catanzaro, di cui la tenia fu dal Prof. Panceri di Napoli benissimo conosciuta (4).

Importante per la storia dell'echinococco nelle vie orinarie è il ragguaglio del Dott. Vincenzo Menghini, partecipato fin dalla prima metà del secolo scorso all'Accademia dell' Istituto di Bologna, *de vesiculis quibusdam cum urina, emissis* (5); nè senza pregio è il caso di *idatidi vescicali* esposto dal Prof. Ruggieri nel Dizionario di

---

(1) Epist. anat. XLII §. 6.

(2) Giorn. per servire alla Storia ragionata della Medic. Venezia 1785 III 441.

(3) Bullet. Scien. Med. 1869 VII 81.

(4) La Medicina del Secolo XIX 1864 n. 50.

(5) Bonon. Instit. Comment. Bononiae 1745 T. II P. I p. 142.

Chirurgia di Padova (1). È pur noto che l'ALGHISI raccontò il fatto di 16 lombrichi usciti dalla verga di un fanciullo, che molti e molti altri n'avea espulso per secesso; scoprendo eziandio la via per la quale dagl' intestini erano que' vermi colà passati, e cioè un seno fistoloso, che dall'intestino retto corrispondeva, tenendo obliquo cammino, nel collo della vescica verso la sua imboccatura (2).

(*Capo* 90.°)

CALCOLI DELLA VESCICA. — CALCOLI PERINEALI ED ALTRI EXTRAVESCICALI.

Il Prof. L. V. BRUGNATELLI, cui tanto deve la chimica moderna, scriveva un'opera assai importante, pubblicata poscia dal di lui figlio GASPARE, su la *Litologia umana*: nella quale espone le ricerche chimiche e mediche da lui fatte nel corso di molti anni, possedendo doviziosa raccolta di calcoli. Occupandosi particolarmente delle concrezioni della vescica orinaria, tocca eziandio nell' appendice delle sostanze pietrose che si trovano in diverse parti del corpo (3). Duole che questo studio non sia stato ripreso fra noi, dopo che la chimica analitica ha tanto progredito: non già che manchino analisi pregevoli di questa o quella concrezione; bensì non abbiamo verun lavoro complessivo che l'esempio dato dal chimico di Pavia, ripeta e perfezioni. Ingiusto sarebbe per altro tacere che il Dott. GIOVANNI SEMMOLA ed il Prof. GAETANO SGARZI procurarono di supplire al difetto, il primo dando *l' analisi qualitativa di cento calcoli uro-vescicali raccolti nel*

---

(1) T. V. p. 320. — Lo stesso Ruggieri racconta d'aver veduto tutto pieno di lombrichi un grosso tumore cistico, che da vent'anni un contadino portava nella regione lombare destra, e che passato in suppurazione venne aperto dal chirurgo Migliavacca di Chiari. L'ammalato, il quale d'altronde mai avea dato segno di verminazione, guarì perfettamente (Ivi p. 298).

(2) Giorn. dei Letter. d'Italia. Venezia 1711 VI 152. — Il ragazzo era altresì calcoloso, siccome poscia lo stesso Alghisi, correggendo alcune delle cose dette nel precitato Giornale, faceva sapere al Benevoli. (*Benevoli*, Dissertaz Firenze 1747 Oss. VIII p. 109).

(3) Litologia umana. Pavia 1819.

Museo dello Spedale di S. Maria di Loreto di Napoli (1); il secondo con la *Dimostrazione analitica di diverse specie di calcoli esistenti nel Gabinetto d' Anatomia comparata dell' Università di Bologna:* la quale comprende tanto le concrezioni dell' apparecchio digerente, quanto le altre dell'apparecchio uropojetico (2). Lo stesso Prof. Sgarzi in altre due dissertazioni dava la trovata composizione di calcoli polmonali, e di altri formatisi nella fistola lagrimale e dell' ano (3). Ei volle altresì indagare l' origine ed il modo di formazione de' calcoli: giudicò che fossero un *esito di grado speciale d' infiammazione*, mantenendosi ligio alle dottrine, che in quegli anni prevalevano. Caddero queste dottrine, o si mutarono; ma neppure le nuove valgono a spiegarci pienamente come le concrezioni si formino (4).

Come primo saggio della distribuzione geografica della litiasi in Italia possiamo considerare la Relazione statistica dei pietranti avutisi in Lombardia dal 1830 al 1844 tratta dagli atti d'ufficio del Protomedico, che il Dott. Canziani scriveva per rispondere ai quesiti proposti dal Civiale e raccomandati dal Governo francese, intorno la frequenza, le cause e la cura dei calcoli orinarj nelle varie parti d' Europa. Da tale relazione risulterebbe che i calcolosi, stando alle denunzie fatte, curati negli spedali e nella pratica privata ascendessero nel quindicennio predetto a 1094, e però nella proporzione annua di 2. 78 su 100000 abitanti, l' intera popolazione essendo di 2,613,345. In quella somma

(1) Atti del R. Istituto d' Incoraggiamento alle Scienze naturali. Napoli 1840 Vol VI. — *Semmola*, Opere minori. Napoli 1845 p. 169. De' veri e de' falsi calcoli orinarj e del modo di distinguerli (Ivi p. 183). — Quest'esame comparativo fu dal Semmola instituito per chiarire la natura d'una singolare specie di calcolo, che pretendevasi avesse per nucleo un' oliva discesa intera dallo stomaco e dagl' intestini in vescica. E veramente quel nocciolo avea tutte le apparenze di oliva appassita: ma l'analisi chimica mostrò che esso era formato semplicemente di acido urico stratificato, coperto di ossalato calcico incorporato a sangue e ad ematosina.

(2) Annali delle Scienze naturali di Bologna IX 266.

(3) Novi Comment. Acad. Scient. Instit. Bonon. II 161. — Nuovi Ann. delle scien. Nat. Bologna A. 1851.

(4) Vedi in proposito il recente lavoro del Prof. Burci *Genesi dei calcoli della vescica in generale*, che fa seguito all'opuscolo, che fra breve dovremo citare, su « Due casi di rottura spontanea di parecchi calcoli vescicali ». — Il Dott. Francesco Buffa nella vescica d'un vecchio gottoso, le cui membrane divenute simili a cotenna eran grosse un pollice e mezzo, trovò da 398 calcoli di diversà figura e grossezza *(da un'oliva di Spagna fino ad un buon pisello)*, composti di fosfato terroso calcare magnesiaco, e di alquanto acido urico (Caso di una cistitide con raccolta straordinaria di calcoli. Osservazione. Voghera 1821).

i fanciulli e i giovanetti minori di 15 anni entravano nel rapporto di 77 per 100, i quinquagenarj ed i vecchi in quello di 4: meno 45 tutti i 1094 calcolosi erano maschi. Le provincie della Bassa Lombardia appariscono maggiormente soggette alla litiasi (1), quelle dell'Alta essendone invece quasi immuni. Nondimeno fa eccezione Mantova, che sebbene confinante col cremonese e lambente il Po, al pari di Como e di Sondrio ha il minimo di pietranti (2). Per avere notizie in proposito delle altre parti d'Italia converrebbe prendere in esame le diverse *Topografie mediche*, la qual cosa non può essere argomento che di speciale lavoro.

I calcoli orinarj non si generano soltanto in vescica; ma e nel prepuzio, e nell'uretra, e ne' seni fistolosi, dove insomma l'orina malamente scorre o ristagna; poste per altro alcune peculiari condizioni, ed anche speciale attitudine o diatesi, giacchè non sempre per la sola stasi dell'orina consegue la litiasi (3). I calcoli poi, sebbene formati dentro la vescica, trovansi in altre parti perchè in diversi modi discesivi o spinti. Ma de' primi, cioè de' calcoli cresciuti dentro il prepuzio ristretto dalla fimosi, avendo già fatta parola in precedente Capitolo (Capo 78), degli altri soltanto qui resta a dire (4).

Sui calcoli perineali ha scritto di proposito il Prof. PORTA prefiggendosi con alquanti casi clinici e con osservazioni anatomiche di meglio far conoscere la condizione patologica di questa forma morbosa.

---

(1) Il Dott. Ciniselli nel giro di soli 11 anni raccoglieva nelle sale dell'ospedale di Cremona 148 calcoli (Sopra il gabinetto anatomo-patologico di Cremona p. 84). Ma la litiasi quanto è frequente ne' contadini del cremonese e nel popolo minuto della città, altrettanto è rara ne' benestanti sì cittadini, come campagnoli: e però v'ha da essere per quelli particolari cagioni rispetto al vivere ed alla qualità de' cibi, onde tanto spesso si formi la pietra in vescica. Veggasi su quest'argomento la Storia e Statistica economico-medica dell'Ospedale maggiore di Cremona del Dott. Robolotti Lib. II. Cap. I e X.

(2) Gaz. med. Lomb. 1846 A. V n. 31.

(3) Mentre che talvolta corpi estranei, specialmente se levigati, rimangono lungamente nella vescica senza che crosta veruna lapidescente sopra vi cada; talaltra l'incrostamento rapidissimamente si forma: così il Prof. Cairoli, secondo che narra il Brugnatelli (Op. cit. p. 38), trovò formato un calcolo intorno ad alcune scheggie d'osso, comecchè soltanto da pochi giorni quelle fossero penetrate nella vescica.

(4) Il Rossi estrasse una palla da fucile che si era fermata vicinissimo al rene (ovvero, come è detto più innanzi alla pag. 382, nella *sostanza corticale* dello stesso rene sinistro) e già coperta, sebbene non fossero passati che 23 giorni dal ferimento, di uno strato calcare alto più di 2 linee (Elém. de Médec. opérat. I 317).

e le operazioni necessarie per guarirla (1). Ei fa notare la rarità di tale specie di calcolo, giacchè in più di 300 pietre orinarie da lui curate, non trovava la medesima che 5 volte. Se talora il calcolo si forma spontaneamente, nella maggior parte de' casi sussegue a qualche violenza od operazione: così in 3 de' predetti 5 casi la cistotomia era stata praticata, in un altro la litotrizia. Nella sua origine poi è per solito vescicale, e soltanto in seguito diviene uretrale: in oltre esso è saccato. Su questo punto l'autore particolarmente si ferma per mostrare come il calcolo perineale sia saccato in grembo dell'uretra, mercè la grande dilatabilità di questo canale, nota già per molteplici osservazioni e riconfermata da lui medesimo con le proprie. L'uretra in ambedue i sessi, egli dice, per la virtù impellente di un liquido, o di un corpo solido che dal di dentro la distenda, può rapidamente ampliarsi e formare delle insaccature assai rilevanti, fino alla capacità della vescica orinaria, senza smagliarsi, rompersi od ulcerarsi, aprendo semplicemente sul fondo una piccola fistola, che dà sfogo alle orine. Della quale capacità dell'uretra di distendersi nel corso di questa storia abbiamo veduti parecchi esempj (Capo 81, 86, 89): nondimeno giova tener presente ch'essa ha pure un limite, e che non in tutte le circostanze, ed in egual grado si effettua. Posto pertanto che il calcolo perineale venga dalla vescica, e che l'uretra ampliata gli faccia sacco, onde che non sia più fuori del canale naturale dell'orina, e nudo entro una cavità nuova, ovvero vestito da cisti avventizia; ne viene pure che la fistola orinosa debba considerarsi non già (come portava la dottrina del Louis fino ad ora dalla maggior parte degli autori abbracciata) la condizione per la quale il calcolo si forma, lentamente gocciolando l'orina. Invece la fistola è effetto dell'azione meccanica del calcolo sulle pareti della cavità, che lo racchiude: nondimeno non può negarsi che *qualche volta* la fistola abbia preceduto ed il calcolo sia venuto appresso. Similmente non potrebbesi negare che un calcolo incagliato primitivamente nell'uretra aumentando di volume per distensione, rottura, od ulcerazione non sia capace di aprirsi una via e cadere nel tessuto connettivo del perineo, formandovisi una cisti nuova, che rimane in comunicazione con l'uretra, ovvero, come nel fatto rarissimo di Deschamps, se ne separa

---

(1) Dei calcoli saccati del Perineo (Mem. dell'Istit. Lomb. 1863 IX 33).

del tutto chiudendosi l'apertura dell'uretra: ma questi sono fatti eccezionali rispetto al generale dell'insaccatura della pietra nell'uretra prostatica e membranosa. Un altro argomento per riguardare il canale dell'uretra siccome nicchia de' calcoli perineali, il Porta lo trova nella pronta coartazione del sacco stesso, dopo l'estrazione del calcolo, al punto di ridursi l'uretra ed il getto delle orine alla condizione naturale.

L'opinione del clinico Pavese non è certamente nuova, ed egli stesso lo dice: ma niuno prima di lui erasi adoprato per metterla in sodo con la dimostrazione anatomica. Ei cita parecchi autori a cui venne fatto di vedere, od ebbero ragione di credere che la pietra si fosse infossata nell'uretra. Ai casi riferiti del Venturoli (1), del Baroni (2), e del Bresciani (3), questi altri possiamo aggiungere (non volendo uscire dall'Italia, nè rivalicare il secolo), del Jacopi (4), del Mercogliano (5), del Menici (6), del Volpi (7). Il caso del Volpi ha il pregio dell'osservazione anatomica. La pietra lunga 2 pollici e mezzo presocchè tutta protrudeva in quel tratto d'uretra, che trovasi cinto dalla prostata in modo da sporgere non molto entro il cavo della vescica; quella porzione di superficie della pietra che fortemente aderiva alla parte superiore dell'uretra prostatica presentava quà e là de' tubercoli: la prostata poi era sì assottigliata da sembrare una continuazione della vescica. Nella giovane veduta dal Dott. Macario il calcolo si era nicchiato fra l'uretra e la vagina ed aumentatosi in modo da chiudere tutta l'apertura uretrale, prolungandosi in vescica con la parte più sottile. Il calcolo erasi bensì formato in vescica, ma pare che superato il meato interno si fermasse nel canale uretrale, dove un ascesso, avvenuto per l'accidentale infiggimento di un ago, estratto poscia dalla vagina, aveagli in qualche modo preparato il nido (8). Il Prof. Rizzoli in due memorie *sui calcoli perineali*

---

(1) *Porta*, Mem. cit. p. 39.

(2) De eductione calculorum etc.(Novi Comment. Instit. Bonon. 1843 VI 279)

(3) Saggi di Chirurgia. Verona 1843 p. 365.

(4) Prospetto della Scuola di Chir. prat. Milano 1813 II 66.

(5) Filiatre Sebezio 1836 XI 18.

(6) Archiv. di Scien. med. fis. Toscane 1838 Sem. II p. 259.

(7) Quadro generale delle malattie trattate nella Clinica Chirurgica di Pavia (Ann. un. di Med. 1820 XVI 291).

(8) Ann. un. Med. 1826 XXXVIII 44.

e sul loro trattamento (1), espone ciò che da lui e da altri chirurghi della Scuola Bolognese è stato osservato in questa materia. Ei narra per primo un fatto che appoggia la prementovata opinione del Prof. Porta; ma d'altra parte egli afferma d'aver altresì veduto che i calcoli perineali si possono formare, o trovare fuori dell'uretra stessa, ed anche presentarsi nudi ne' tessuti alla medesima adjacenti. Si compiace pure di ricordare che il Monteggia, quando la dottrina del Louis era generalmente accolta, avvertiva che le pietre fuori dell'uretra « furono un tempo entro il canale, dove fermandosi lungamente si fecero a poco a poco una nicchia distendendo o forando da una parte, e specialmente in basso il canale, fino ad essere, o sembrare fuori dell'uretra (2) ». Assai rilevante su questo proposito è il rarissimo fatto narrato dal Santoro al Dupuytren, allorquando questi andò a visitare gli ospedali di Napoli: la concrezione erasi formata intorno all'uretra stessa, racchiudendola nel mezzo come il fusajuolo cinge il fuso; l' uretra poi era forata nel punto corrispondente al nodo del calcolo, il quale per varie ragioni potevasi credere avesse avuto origine o nella vescica o nei reni (3). Il Prof. Rizzoli fa anche notare che i calcoli perineali non sono sempre urinosi; e cita fra gli altri un caso da lui osservato in cui molto probabilmente la concrezione trovata nella fistola perineale derivava dalla cistifellea, o dai condotti biliari, siccome l'analisi chimica ed altre ragioni davano a credere. Cita egualmente un caso comunicatogli dal Dott. Caire di Novara, in cui il nucleo di grosso calcolo estratto da un ascesso formatosi nel perineo era uno spillone introdotto 28 anni prima per l'uretra in vescica, e che sino allora non avea prodotto verun incomodo. Questo fatto, ei dice, mostra la possibilità che realmente si chiuda l'apertura mediante la quale il calcolo era prima in comunicazione con l'uretra o colla vescica: e per vero neppur una goccia d'orina escì dall'ascesso quando venne aperto.

Il medesimo Dott. Caire ha pubblicato la relazione di vasto ascesso addominale sostenuto da calcolo orinoso sviluppatosi tra le pareti

(1) Bullet. Scien. med. Bologna 1865 XXIV 161. — 1866 I 327.
(2) Instit. chir. Cap. XII §. 1579.
(3) Filiatre Sebezio 1834 VII 107.

della vescica, l'uretere destro ed il retto intestino (1). Ragguardevole è il seguente fatto narrato dal Dott. Castoldi di calcolo situato fuori della vescica. In un giovanetto, a cui gli ossi del pube erano scostati per quasi due pollici, co' testicoli nelle inguinaglie, al lato sinistro del pube e sotto il pene era un tumore, che tagliato trovossi contenere un calcolo grosso come una castagna. Il cateterismo in questo caso era impossibile; ma il chirurgo profittando di un piccolo foro che era nel sacco del tumore entrò con una sciringa in vescica dove s'accorse essere un altro calcolo: fatta la cistotomia col metodo bilaterale egli estrasse una grossa pietra friabile e l'ammalato guariva (2). Il Brugnatelli nella sua *Litologia* riferisce l'analisi d'un calcolo d'ossifosfato di calce e di magnesia estratto dal Dott. Francesco Lecchini da un'apertura comunicante fra l'uretra e la vagina, apertura formatasi in conseguenza d' un parto assai laborioso, e che erasi poscia mantenuta perchè, chiuso il tratto inferiore dell'uretra, le orine erano forzate ad uscir fuori del corpo per la via della vulva (3).

Se quindi per solito neppure molti anni valgono a rimarginare l'uretra lacerata, pur nondimeno può succedere contro la sentenza del Boyer, che la fistola orinosa si chiuda almeno nella parte esterna. Un bellissimo esempio ne ha dato il Dott. Ortolani nella storia poco fa pubblicata, e per altre ragioni ancora importante. Ad un uomo, cui si era formata una fistola scrotale, vennero estratti alquanti calcoletti: la fistola per altro rimase aperta con gemitio d'orina per molto tempo, e finalmente senza altra cura si chiuse al di fuori, tanto che l'infermo potè riprendere le fatiche dell'agricoltore. Passarono 10 anni: e frattanto persistendo in qualche parte la comunicazione tra l'uretra e la cavità dello scroto formossi un calcolo, che alla fine eccitò infiammazione, donde, susseguitone l'ascesso, si riaperse la fistola. Il calcolo venne estratto di mezzo agli strati del setto scrotale, *le cui pareti erano d'ambo i lati uniformemente disgiunte:* pesava 104 grammi, avea forma sferoidea nella faccia che guardava lo scroto, quasi piana sulla base, e bipartita nel centro da un solco ove l'uretra era difesa come da un argine, sicchè sufficientemente libere scorrevano

(1) Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino 1860 XXXIX 461.
(2) Atti del Congresso di Milano.
(3) Pavia 1819 p. 73.

le orine (1). De' calcoli passati dall'uretra nello scroto fu discorso nel Congresso di Milano, esponendone un caso il Dott. Pagani nel quale la concrezione era calata nella borsa per la rottura fatta dalla sciringa fuorviata (2). Il De Horatiis avea pure pubblicato la storia di oscheolitotomia, colla quale furono estratti tre calcoli e molta renella dallo scroto d'un fanciullo (3).

La cura de' calcoli perineali non può essere uguale in tutti i casi, ma subordinata ai varj modi coi quali i calcoli stessi stanno annidati nell'uretra o fuori di essa, alla precisa loro sede, alle complicazioni che talora vi si aggiungono. Nelle precitate loro opere il Porta ed il Rizzoli dettarono i precetti alla pluralità dei casi convenienti. Così il Baroni in un caso in cui il calcolo molto voluminoso occupava la prostata, incise questa bilateralmente; la pietra avea figura di un parallelopipedo il cui maggior asse era trasverso e lungo 22 linee: nella vescica eravi pure altra pietra, più lunga ancora e che medesimamente venne estratta. L'operato guarì, senza che gli rimanesse incontinenza d'orina facile a succedere dopo l'estrazione della pietra fissa nella prostata, quand'anche di minor volume della notata: ma l'anno dopo formossi nuovo calcolo prostatico; il Baroni lo estrasse con lo stesso metodo e con eguale fortuna (4). La pratica antica di Celso di mettere le dita nell'ano per sospingere innanzi il calcolo, e farlo riescire tra le labbra del taglio perineale, può in varj casi essere utilmente adoprata: la lodano i predetti due professori e di consimile processo servironsi il Lo Jacono (5), il Bresciani de Borsa (6), ed il Salzano (7). Il Dott. Bottini ha recentemente estratto enorme calcolo *vescico-uretrale perineale* lungo 103 millimetri, alto 62, grosso 49 incidendo il perineo e l' uretra su la direzione del massimo diametro del tumore formato dal calcolo stesso, ed afferran-

---

(1) Giorn. med. di Roma. — Filiatre Sebezio 1869 LXXVI 270.

(2) Atti del Congresso di Milano A. 1844.

(3) Il Severino. Napoli 1832.

(4) De eductione calculorum, qui in prostatica urethrae regione concrevere (Novi Comment. Instit. Bonon. 1843 VI 279).

(5) *La Russa*, Giorn. med. patolog. Palermo 1830 I 33.

(6) Saggi di Chir. Verona 1843 p. 366.

(7) Osservaz. di grossi calcoli extravescicali al perineo dopo la cistotomia (Filiatre Sebezio 1851 XLII 49).

dolo con la tanaglia articolata del Rizzoli (1). L'Asson in caso consimile, essendosi spezzato il calcolo, e la porzione rimasta non offrendo bastante presa alle comuni tanaglie, fu costretto d'incidere il collo della vescica (2). Questo calcolo, innicchiato nel collo della vescica, nell'uretra membranosa e bulbosa di un fanciullo, avea presa la forma delle parti che lo contenevano, ed esalava sensibilissimo odore di muschio. Di altra voluminosa pietra uretro-vescicale formata di due porzioni, come fra loro articolate per mezzo di larghe ed estese superfici, è data la storia nel Saggio di Clinica chirurgica del Prof. Costantini, che felicemente ne fece l'estrazione (3). Il predetto Dott. Pietro Lo Jacono poichè ebbe estratto dal perineo mediante la litotomia celsiana un calcolo grosso come un uovo, s'accorse che quello non era che parte di maggior pietra celata dentro la vescica, formò, insufficiente essendo il taglio già fatto, *con tutta destrezza del piccolo apparecchio, il mediano perineale di* Vaccà Berlinghieri; e così l'operazione fu compiuta (4). Il Malagodi poi s'imbattè in un calcolo *uretro-prostato-vescicale* di volume così eccessivo da dovere congiungere alla cistotomia la litotrizia, siccome più innanzi vedremo (5). La litotrizia venne pure combinata con l'uretrotomia quando il calcolo sia così grosso od incuneato da non bastare il taglio (6). Il Dott. Costanzo Mazzoni suggerisce in questi casi di uncinare posteriormente il calcolo con la branca femmina d'un litoclasto così accomodato da servire agevolmente allo scopo (7). Preferisce invece il Malagodi, se fatta la litotripsia qualche frammento s'arresti nell'uretra profonda, di respingere il calcolo in vescica, facendo forza non sul corpo del

---

(1) Ann. un. med. 1869 CCVIII 80. — Altro calcolo, *perineale saccato*, parimente assai grosso perchè lungo 85 millimetri, alto 55, grosso 48, venne estratto col taglio dal medesimo Dott. Bottini (Ivi p. 87). — *Minich*. Estrazione d'un calcolo, lungo 3 cent. e mezzo e largo tre, dall'uretra prostatica e membranosa (Giorn. Veneto 1869 X 429).

(2) Ann. un. Med. 1827 XLII 395.

(3) Saggio per gli anni 1853-55. Roma 1855 p. 132.

(4) La pietra era piriforme, lunga circa 60 millimetri con un solco, che serviva a guidare l'urina nella fistola perineale.

(5) Sulla combinazione della cistotomia colla litotripsia. Fano 1853 (dal Raccoglit. medico)

(6) *Laurenzi Luigi*, Doppia uretrotomia con litotrizia del calcolo (Giorn. med. di Roma A. 1867).

(7) Congrès médical international de Paris. Paris 1868 p. 613. — Giorn. med. di Roma A. 1868.

calcolo, ma sulla periferia di esso per mezzo di una *sciringa repulsiva* che all' estremità vescicale abbia un incavo a modo d' imbuto (1). Naturalmente che la repulsione in vescica non verrà adoprata che quando l'estrazione diretta sia impossibile e sconvenienti gli altri mezzi.

Finalmente non va negletto di ricordare, che il Dott. Carlo Busi, per risparmiare l'uso degli strumenti nell'estrarre i calcoli dall' uretra, suggeriva, injettato prima dell' olio nell' uretra, di comprimere l'uretra stessa tra il pollice e l' indice in modo da spostare e cacciare innanzi il calcolo (2). L'espediente non è nuovo: lo troviamo nelle Istituzioni di Richter, di Monteggia, di Boyer, di Chelius; ma niuno di questi maestri insistette sull'uso di esso, e tanto meno prescrisse quelle regole che tanto giovano perchè anche una semplice pratica felicemente riesca.

Nè l'argomento de' calcoli extravescicali uretrali va chiuso senza dire, che il Dott. Arietti di Vercelli ai medici convenuti in Milano nel 1844 mostrava 400 e più calcoletti tra grossi e piccoli, del volume d' un'avellana a quello di piccola fava, da lui estratti dall'uretra membranosa, che, allargatasi in forma di cisti, li racchiudeva. Il fatto è tanto più straordinario che l'operato era un fanciullo di 3 anni (3). Invece nella vecchia, a cui il Benevoli cavò fuori venti pietruzze incidendo certo tumore che quella avea nelle vergogne, l'uretra anzi che dilatata, pare fosse rotta, di sorte che i calcoli stavano affossati nella parete anteriore della vagina oltremodo procidente. Intanto l'aver nominato il Benevoli, ci muove a fare ricordo della pratica di altro valente Norcino del principio del secolo scorso, Girolamo Marini, circa i calcoli fermatisi e cresciuti nelle varie parti dell'uretra: *qualunque fosse le grossezze* de' calcoli medesimi, ei dice di non aver mai avuto bisogno del taglio per estrarli, bastandogli per ciò certa sua pinzetta chiusa dentro una cannula ed uno specillo con larga cruna o finestra di cui anche dà la rozza figura (4).

---

(1) Lettere sulla Litotripsia (Raccoglit. med. di Fano 1858 XVIII 312 Let. IV).

(2) Bullet. Scien. med. 1851 XIX 63.

(3) Atti del Congresso di Milano.

(4) Pratica delle Operazioni ecc. Roma. 1723 p. 124. — Il Dott. Giuseppe Canella per l'opposto, senza neppur aver tentato prima l'estrazione senza taglio, fece la *bottoniera* per trarre fuori un calcolo formatosi nella parte spugnosa dell'uretra, e quindi nel medesimo soggetto poco dopo la ripeteva, un altro calcolo essendosi arrestato alquanto più sopra al luogo dove fu il primo (Giorn. di Chir. Prat. Trento 1825 I 265).

(*Capo* 91.°)

ROTTURA SPONTANEA DEI CALCOLI IN VESCICA. ESPULSIONE PURE SPONTANEA DEI MEDESIMI.

Il Prof. Burci pochi anni fa comunicava alla Società Medico fisica Fiorentina un caso di rottura spontanea regolare e simmetrica di parecchi calcoli vescicali urici avvenuta durante la vita, senza che causa meccanica ordinaria l'avesse prodotta. La frattura spontanea, che già è avvenimento raro per se, appariva questa volta mirabile per la regolarità con cui i calcoli si ruppero a guisa di un frutto a spicchi che di per sè stesso si apra (1). Lo stesso Prof. Burci in un opuscolo pubblicato testè esponeva altri due casi di rottura spontanea di parecchi calcoli vescicali, comunicatigli l'uno, siccome fu del primo, dal Dott. Francesco Corradi di Jesi, l'altro dal Prof. Augusto Michelacci. In pari tempo ei porgeva notizia de' pochi altri casi congeneri che sono registrati negli annali della Scienza nostra (2). Similmente in questo medesimo anno 1870 il Dott. Costanzo Mazzoni dava la storia dello *spezzamento spontaneo*, o forse meglio scrostatura, *di calcoli vescicali* in un bambino *di cinque anni* (3). Probabilmente ai casi suddetti va aggiunto l'altro di cui il Castellacci lasciò ricordo nella storia intitolata «Spontanee espulsioni di gran numero di calcoli orinarj, molti dei quali di sufficiente grandezza scabri e puntuti, agevolate dalle Heurteloupiane distrazioni dell'uretra (4)». Merita pure di essere considerata la storia del Borsieri di un fanciullo cioè, che dopo aver preso per alquanto tempo pillole di sapone e di gusci d'ostriche calcinate, liberossi affatto dal mal di pietra cacciando fuori in prima pezzetti grossi, orbicolari e concentrici, ed in ultimo

(1) Lo Sperimentale 1865 XXI 563.

(2) Due casi di rottura spontanea ecc. Pisa 1870.

(3) Archiv. di Med. e Chir. e Igiene. Roma 1870 II 158.

(4) Il Severino 1836 V 103.

alcuni pezzetti più sodi e di figura diversa, e di colore più cupo, che furono creduti il nucleo stesso sminuzzato ed infranto (1). Il Prof. Rizzoli esponeva quindi due casi di simil genere, de' quali avea tenuto nota: egli poi fa voti perchè si giunga a scoprire la causa fisica o chimica di sì raro e singolare fenomeno. La quale scoperta, come ognuno di leggeri comprende, potrebbe essere sorgente d'immenso vantaggio per la terapeutica, giacchè quella rottura di calcoli essendo accaduta senza che gl'infermi per qualsiasi particolare fenomeno se ne siano avveduti, fa credere che la potenza che l'effettuava abbia innocua natura (2). E ben è da augurare che il voto s'adempia, perciocchè tutte le speranze poste nei litontrici fallirono. Piacesse a Dio, diceva nel secolo scorso il Troja volgendosi al Signor Butter, che era così persuaso dell'efficacia dissolvente dell'acqua di calce, presa internamente ed injettata nella vescica, da condannare affatto e proscrivere in ogni modo la litotomia; piacesse a Dio, che la misera umanità esentar si potesse da un'operazione, la quale, benchè si presenti *sotto l'aspetto di un flagello*, ha pur conservato la vita ad un infinito numero di uomini, e vi è apparenza che sarà sempre il massimo espediente in questo male (3). Forse che con l'elet-

---

(1) *Orteschi*, Giorn. di Medic. Venezia 1764 II 313.

(2) Bullet. Scien. med. Bologna 1865 XXIV 357. — Il Prof. Burci nel precitato opuscolo procurava di spiegare il singolare fenomeno di tali spontanee rotture. Ei mostra dapprima che la dottrina dello Heller (la quale ammette che il calcolo si spezzi per la forza distensiva dell'acido carbonico lasciato libero, allora che il carbonato d'ammoniaca dell'orina infiltratosi nel calcolo cede all'acido urico di questo la propria base) non può tutt'al più che spiegare alcune fratture irregolari di uno o più calcoli in vescica, e quando questi siano molli, o non tanto duri da impedire la penetrazione dell'orina. Quindi per dare ragione delle rotture regolari e simmetriche, lasciata da parte la presupposta mutazione chimica degli elementi terrosi del calcolo, preferisce invocare una causa meramente fisica e meccanica, ammettendo come condizioni indispensabili perchè il fatto possa succedere la segmentazione primitiva e l'accrescimento graduato del nucleo del calcolo; ciò posto la rottura regolare dei calcoli primitivamente segmentati il Burci la fa derivare «dall'aumento progressivo delli strati centrali (nucleo) per depositi periferici, i quali divenuti più compatti e facendo sforzo centrifugo sulla crosta danno opera allo spezzamento apparentemente spontaneo e regolare del calcolo stesso». Al quale proposito vo' ricordare che Brugnatelli nell'opera preaccennata cita il caso di un calcolo, che aveva in un lato un ammasso di cristalli, e questi giacevano in una naturale fenditura, quasi che l'avessero prodotta essi medesimi nell'atto che si disponevano in forme regolari (Litol. umana p. 42).

(3) Lez. cit. I 161.

tricità, se non in tutti i casi, in parecchi almeno, potrà un giorno giungersi a fondere o sconnettere i calcoli in vescica: le prove sin'ora fatte, sebbene non abbiano soddisfatto alle esigenze della terapeutica, non tolgono la speranza di poter conseguire questo rilevantissimo beneficio. Frattanto possiamo compiacerci che i Dottori Costantino Zaviziano (1), Domenico Milano di Napoli (2), il Prof. Martino Steer di Padova (3), e il Dott. Cervelleri pure di Napoli (4) abbian dato la prima spinta a queste indagini, nelle quali poscia alacremente si occuparono il Bence Jones, il Philipps, il Robinson ed altri.

Se non altrettanto rare quanto le fratture spontanee, le espulsioni de' calcoli senz'ajuto dell'arte sono nulladimeno insolito avvenimento, e molto più, come facilmente si comprende, nell'uomo. Nel quale anzi, a dir vero, potendo uscire dalle vie naturali soltanto calcoli di piccolo volume, i maggiori debbono aprirsene una nuova attraverso il perineo: ciò appunto succedeva negl'infermi di cui narrano la storia il Benivieni (5), il Molinelli (6), Fra Luigi Marcucci de' Fate Bene Fratelli (7), il Pagello (8), il Rizzoli (9), lo Zennaro (10). Il Prof. Castellacci vide un giovinetto di 12 anni, che si preparava alla litotrizia con la dilatazione graduata dell'uretra, cacciar fuori agevolmente con l'orina alquanti calcoli grossi non meno di un'avellana, tosto che quel canale fu per due volte dilatato (11): e poichè questo è lo stesso caso sopra riferito come probabile esempio di rottura spontanea de' calcoli nella vescica; così in un medesimo soggetto avrebbesi avuto ad un tempo due avvenimenti, che pur separati sono piuttosto singolari. Anche il Porta narra consimili esempj di calcoli cacciati fuori dall'uretra, senza che l'arte in verun mo-

---

(1) Filiatre Sebezio 1831 II 188.
(2) Ivi 1834 VIII 98.
(3) Atti del Congresso di Firenze A. 1841.
(4) L'Investigateur, Juillet 1846. — Ann. un. Med. 1846 CXX 252
(5) De abditis morbor. causis. Observ. LXXVIII.
(6) Instit. Bonon. Comment. I 151.
(7) *Orteschi*, Giorn. di Med. 1763 I 308.
(8) Memoriale della Medic. contemp. 1840 III 556.
(9) Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1850 II 461.
(10) Gaz. med. Prov. Venete 1859 n. 17.
(11) Il Severino l. c.

do o sufficientemente a tal fine operasse, nella precitata dissertazione sui calcoli perineali (1).

Le pietre espulse dalle quattro inferme del Raele, del Civinini del Burci e del Botto erano alquanto grosse, poscia che al diametro minore di 42, 39, 35 e 28 millimetri aggiungevano il maggiore di 63, 56, 68 e 76 millimetri: nondimeno a tale spinta e forzata dilatazione non tenne dietro l'enuresi (2). Il Dott. Pasquale Panvini negli Archivj di Medicina e Chirurgia di Napoli riferiva la storia di un calcolo, espulso similmente da femmina attempatetta, il quale pesava 32 grammi, era lungo 56 millimetri e grosso nel maggior punto 36 (3). La donna, che al Malagodi fornì argomento per illustrare la storia della cistoptosi (vedi Cap. 85), avea tra gli altri, cacciato un calcolo la cui minor circonferenza era di 3 pollici e quattro linee, la maggiore di cinque pollici: ma all'espulsione susseguiva impotenza di trattenere l'orina. Ciò pure restava all' inferma di cui il Leprotti scriveva alla Società Reale di Londra: la pietra da costei cacciata fuori con molto sangue era lunga, misurandone la figura, 80 millim. e larga la metà; pesava circa 58 grammi (4). Il caso riferito dal Dott. Barbieri è per altra ragione notabile; conciossiacchè il calcolo, grosso come uovo di gallina, uscì rompendo per lo spazio di circa un pollice e mezzo la porzione media superiore della vagina, nell' impeto lacerando eziandio l' imene, chè impolluta era la femmina sebbene più che 50 anni avesse di vita (5). Per tal modo in senso inverso facevasi quell' operazione che il chirurgo, se avesse dovuto metter mano, di preferenza avrebbe adottata. Il Prof. Rossi estrasse un calcolo circa del peso di 276 gram-

---

(1) p. 44.

(2) *Civinini*, Sulla spontanea espulsione di voluminoso calcolo orinario dall'uretra di giovane donna (N. Giorn. de' Letter. di Pisa 1837 XXXV 55). — *Burci*, Lezioni sulla Cistotomia p. 403. — *Botto*, Sulla espulsione di un calcolo voluminoso dalla vescica orinaria di una donna di 54 anni Genova 1868. — *Racle Carmine*, Intorno ad un calcolo uscito da sè stesso dall'uretra di una donna (Rendic. dell'Accad. med. chir. di Napoli 1848 T. II p. 12). — Nell'indice degli articoli del Museo anatomico di Pisa il Prof. Civinini registrava altri due grossi calcoli espulsi spontaneamente dalla vescica: uno, il più voluminoso, fu cacciato fuori da una povera demente, la quale tosto dopo guarì ancora dalla mania (Indice ecc. p. 101, 103).

(3) A. 1829 II 94.

(4) Philos. Transact. Year 1742-43 XLII 363.

(5) Bullet. Scien. med. 1839 VII 147, 172.

mi, che, rotta la vescica era disceso nella vagina, chiudendola in modo da impedire l'evacuazione dei mestrui (1).

Ma coteste espulsioni spontanee, oltrecchè di rado avvengono, non senza pericoli, e gravi accidenti, o lunghi martorj spezialmente nel sesso maschile, si compiono; e però le medesime debbon essere all'arte, più che ragione di astenersi dal fare, ammaestramento per bene operare. E di vero non senza utilità possono venir considerati i modi con cui quegli atti naturali succedono, siccome il *quo natura vergit* fu sempre alla terapeutica fonte ricchissima d'indicazioni.

(*Capo* 92.°)

CISTOTOMIA.

La cistotomia è una delle operazioni a cui gl'Italiani hanno maggiormente atteso, come se fosse in tutti e ognora viva la sentenza dell' Alghisi, che sarà sempre bene spesa ogni fatica che vaglia a facilitare l'intelligenza e la pratica di quell'operazione, altrettanto difficile, quanto pericolosa. E tale studio e diligenza grandemente giovò all'arte, ed insieme ai nostri chirurghi aggiunse splendida rinomanza.

La storia di quest'operazione è stata di recente illustrata dal Prof. Burci nelle sue erudite *Lezioni sulla cistotomia* (2), e dal Prof. Fabbri in due dissertazioni lette all'Accademia delle Scienze di Bologna. Nella prima delle quali vittoriosamente dimostrasi che l'invenzione dello sciringone solcato è veramente dovuta a Giovanni De Romanis da Casalmaggiore nel Cremonese, maestro di Mariano Santo (3): nella seconda contro le beffarde parole, e le erronee sentenze del Malgaigne è provato che i Norcini non erano semplicemente castratori; ma che molti di loro, fossero proprio della città di Norcia o del territo-

(1) Elém. de Médec. opérat. I 334.

(2) Firenze 1863.

(3) Mem. dell'Accad. suddetta 1867 T. VI.

rio e specialmente del castello delle Preci, si distinsero come valenti operatori, parecchi eziandio come autori di scritti o trovati chirurgici, siccome lo Scacchi, i Lapi, il Benevoli, il Marini, il Catani, il Bachetoni (1). In questa medesima dissertazione il Prof. Fabbri tratta eziandio della *Litotomia antica*, e dei processi di Celso e di Paolo Egineta; argomento molto avviluppato a cagione delle diverse interpretazioni date alle parole dello scrittore romano, non che della confusione avvenuta fra l'uno e l'altro processo, concedendosi comunemente il nome di *Celsiano* a quello dell'Egineta. Il Burci ha benissimo messo in sodo che la litotomia del chirurgo latino si può considerare come il primo processo relativo al metodo, che ora si chiama bilaterale; perciocchè stando al senso retto e più usitato del nome *coxae* le parole *cornibus ad coxas spectantibus* debbonsi tradurre «con le estremità (intendi dell'esterna incisione) rivolte verso le ossa del bacino (2)» non già che l'incisione lunata abbia le estremità volte all'acetabolo sinistro, siccome piacque al Palletta (3); che per *coxae* intese *acetabuli*, tenendo altresì la voce suddetta, al pari di altri interpreti, al numero singolare, per quindi fare arbitrariamente della litotomia celsiana una maniera di taglio laterale. A questa specie di taglio appartiene per lo appunto la litotomia descritta dall'Egineta, la quale per altro conviene con quella di Celso in ciò che l'incisione per amendue è fatta sul tumore prodotto nel perineo dalla pietra, ivi condotta e mantenuta dal dito, o dalle dita dell'operatore intromesse nell'ano. Sotto questo rispetto il Prof. Fabbri considera le due litotomie come due diverse maniere, o processi diversi di eseguire un metodo medesimo. Ma il processo del greco Jatrosofista, se pure anzi che di lui non sia di Antillo, fece dimenticare l'altro del Jatrofilo latino, di cui anche usurpò il nome; di guisa che, pubblicato che fu il *grande apparecchio*, anche a lui venne la denominazione per antitesi di *piccolo apparecchio*. Ma a vero dire parrebbe che la *sectio celsiana* non sia nè greca, nè latina di origine, bensì indiana; perciocchè non solamente è esposta nel libro IV del

---

(1) Rendic. della medesima A. 1868-69. — Della Litotomia antica e dei litotomi ed oculisti Norcini o Preciani. In: Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna Serie II T. IX.

(2) Lez. cit. p. 11.

(3) Mem. dell'Istit. Nazion. Bologna 1806 P. I p. 86 Oss. IV.

codice medico di Susruta (1), ma oggi ancora tra i popoli dell'Asia e della Turchia è assaissimo e felicemente adoprata da empirici litotomi, che, siccome i nostri Norcini, tengono in famiglia l'arte di operare (2).

Migliore fortuna era serbata ne' tempi moderni al taglio cornuto del nostro Aulo Cornelio, del cui valore e de' cui difetti Fabrizio d'Aquapendente avea già rettamente giudicato. Di fatti tra le mani di Dupuytren esso divenne l'odierno taglio *bilaterale*, che in Italia ebbe solleciti seguaci (3). Al medesimo furono anche fatte parecchie mutazioni, e principalmente dal Modugno di Bitonto (4), dal Pantaleo di Nicosia (5), dal Barbarotta di Napoli (6): affinchè i tagli della prostata fossero così combinati da porgere più ampia uscita al calcolo, i due primi chirurghi proponevano di fare un' incisione obliqua in basso e a sinistra, l'altra obliqua in alto e a destra; il terzo preferiva incidere il raggio obliquo in basso a sinistra, ed il verticale in alto. Il Pecchioli invece mentre che esso pure tagliava obliquamente a sinistra faceva il taglio di destra trasverso: servivasi per ciò non del doppio litotomo di Dupuytren, ma di un semplice coltello retto bottonato. Nove volte quegli metteva in pratica cotesto suo processo, e sempre felicemente, estraendo pietre grosse, una delle quali di due pollici quadrati, con angoli bernoccoluti, e pesante più che 132 grammi (7). Il Dott. Giuseppe Cristiano proponeva di fare l'uno e l'altro taglio obliquo, di fendere cioè il raggio obliquo superiore destro ed inferiore sinistro della prostata; e poichè l'una cosa chiama l'altra immaginava per ciò un nuovo istrumento (8). Altra modificazione del taglio bilaterale venne introdotta dal Dott. Bernardino Larghi, median

---

(1) Ayur-Veda T. II Cap. VII p. 85.

(2) *Nevermann*, Der Steinschnitt, eine der altesten operationen der Chirurgie (Janus 1846 I 796.

(3) *Salemi Gio.*, (Archivj di Med. e chir. 1834 I 13). — *Riberi Al.*, (Repert. med. chir. di Piemonte A. 1834). — *Capelletti Gio.*, (Ann. un. Med. 1837 LXXXII 329, 1840 XCV 27 — Giorn. pei progressi della Patol. A. 1843). — *Cittadini* (Ann. suddetti XCIV 292).

(4) Rendic. dell'Accad. med. chir. di Napoli A. 1835. — *De Rensis*, Instit. Chir. VII 516 Filiatre Sebezio 1835 X 272.

(5) Osservat. med. di Napoli A. 1834 p. 65.

(6) *De Rensis*, Op. c. l. c. Filiatre Sebezio 1834 VIII 6.

(7) Prospetto di operazioni chirurgiche eseguite in un sedicennio. Colle 1847

(8) Su di un nuovo strumento e metodo per operare la cistotomia perineale. Bari 1855.

te la quale l'incisione degl' integumenti e della vescica verrebbe in un sol momento compiuta; perciocchè accanto il bistorino, che ha tagliata la cute e i tessuti sottoposti fino all' ampia scanalatura del siringone, si fa scorrere il litotomo *appuntato*, e lo si spinge in vescica, d'onde poi, ritirato il siringone esso si rivolge e si trae fuori (1). Ma la semplicità e prontezza dell'operazione non deve fare dimenticare l'indispensabile sicurezza.

Qui giova far notare che il Dott. Filippo Cerulli d'Anghiari fin dal 1824 ebbe non solamente l'idea di estrarre la pietra per mezzo del taglio bilaterale, ma anche fece fabbricare adatto strumento congegnato in modo, che, sguainata una sola lama invece di ambedue, poteva supplire anche pel taglio laterale al bistori di Frate Cosimo (2). Se non che, osserva il Prof. Vannoni, come invenzione di giovane quella fu allora disprezzata, poi gettata nell'oblio. Quando per altro il sommo chirurgo della Francia, il Dupuytren, dette come suo (nè da me, soggiunge lo stesso Vannoni, nè dal Cerulli gli viene contrastato) quel metodo, fu registrato nel codice dell'arte qual progresso chirurgico, nè questo pure contrastasi (3): bensì vorremmo che noi delle cose nostre fossimo meno incuriosi e più giusti estimatori.

Dal taglio bilaterale sorsero altri processi specialmente per provvedere al caso di calcoli di molta mole. Il taglio quadrilaterale, ossia delle molteplici incisioni, fu dal Pugliatti di Messina messo in pratica fin dal 1833 per estrarre grossissimo calcolo (4); e però assai prima che il Vidal, il quale n'ebbe l'idea, lo sperimentasse ne' vivi. L'adoprò quindi il Gorgone di Palermo (5), il Ciniselli (6), il Santopadre (7), il Malagodi (8) e più largamente di tutti il Marzuttini di

---

(1) Cistotomia bilaterale ad un sol tratto, previa puntura (Giorn. dell' Accad. med. chir. Torino 1852 XIV 289). — *Borelli*, Raccolta di Osservaz. clin. patol. II 56.

(2) *Cerulli*, Cenni statistici dei risultamenti ottenuti in 7 anni di Clin. chir. Firenze 1841.

(3) Prefaz. all'Archiv. di Scien. med. fis. Toscane Vol. I.

(4) Lezioni di Clin. chir. Napoli 1844 I 138.

(5) Osservaz. di cistotomia quadrilaterale. Palermo 1838.

(6) La pietra estratta intera dal Ciniselli avea notabile volume, cioè due diametri di 27 linee ed uno di 25, una piccola circonferenza di 75 ed una grande di 84. — (*Tansini*, Considerazioni sulla Cistotomia quadrilaterale. Diss. Pavia 1840 p. 34. — Ann. un. di Med. 1844 CX 299, 1869 CCIX. Appendice alla Relazione sopra il Gabinetto anat. patol. di Cremona).

(7) Raccoglit. med. di Fano 1851 IV 441 (ripetute incisioni sul collo della vescica e sulla prostata.

(8) Sulla litotripsia, Lettera II Fano 1854 p. 36 (Raccoglit. med. di Fano 1854 IX).

Udine, fortunato da non perdere neppur uno dei 12 pietranti da lui con tal modo operati (1). Similmente il Dott. Reina di Catania, avendo tentato invano di estrarre col taglio laterale un grosso calcolo dalla vescica di un fanciullo, nè potendolo rompere, servissi assai bene del processo *trilaterale obliquo trasverso prostatico* (2).

Il taglio prerettale di Nélaton fu dal Borini usato due volte in soggetti adulti (3): uno de' calcoli estratti pesava 157 grammi, ed ambedue gli ammalati guarirono. Nondimeno fra i nostri chirurghi il nuovo processo non ha trovato seguito; forse perchè non bene appajono i pregj di questo taglio rispetto al metodo d'onde proviene, sebbene dal celebre chirurgo francese quelli con molta pompa siano stati celebrati.

Nella storia del *grande apparecchio* o *taglio mediano* noi possiamo benissimo distinguere col Prof. Burci due epoche l'una e l'altra italiana. La prima, che comincia con Giovanni De Romanis e con Mariano Santo il cui *Libellus aureus* fu pubblicato per la prima volta in Roma nel 1522, finisce verso la metà del passato secolo con Francesco Collot; la seconda, od epoca nuova, ebbe incominciamento 46 anni fa da Andrea Vaccà Berlinghieri, e segue tutt'ora il suo corso (4). Ma veramente quella prima epoca si protrae maggiormente in Italia, giacchè vediamo che il Catani del Castello delle Preci nelle 316 operazioni da lui fatte dal 1740 al 1766 per 273 volte adoperava il grande apparecchio *o vogliam dire col sistema del* Romano, *oppure del* Mariano (5). E pei Norcini o Preciani quest'era, come fa notare il Prof. Fabbri, il metodo quasi senza eccezione usato negli adulti, adoprando il piccolo apparecchio di Paolo d'Egina, che il Catani stesso chiama, secondo l'uso invalso, *celsiano* o *guidoniano* (6). Il professore pisano abbandonando il metodo retto vescicale, contro cui gagliardemente s'era levato, siccome tra poco vedremo, lo Scarpa, faceva rivivere la *sectio mariana* modificandola per altro sostanzialmente in ciò, che alla dilatazione forzata e repentina delle parti, sostituiva il

---

(1) Bullet. Scien. med. 1844 V 297, 1864 XXII 321.

(2) Nota sopra un caso raro di cistotomia. Catania 1860.

(3) Ann. un. Med. 1867 CC 299.

(4) *Vacca*, Della litotomia nei due sessi Memoria IV.ª Pisa 1825.

(5) Il litotomo in pratica. Venezia 1766 p. 259.

(6) Della Litotomia antica Mem. cit. in fine.

taglio del raggio inferiore della prostata e del collo della vescica. Con ciò egli rendeva semplice e facile l'operazione, otteneva sufficiente spazio per portare fuori il calcolo, evitava l'emorragia e l'offesa dell'intestino retto purchè nel tagliare si andasse con molta cautela. Egli sperava altresì di scansare la recisione dei dutti ejaculatori avendo l'avvertenza di portare un po' di lato il taglio nel collo della vescica: ma ciò non vennegli dai più consentito (1), sebbene il Balardini, che fu tra i primi a servirsi di questa specie di litotomia, dicesse che il fatto dà contro tale accusa; e prova o che lesione alcuna non ha luogo *sul vivo*, o che anche succedendo, non ne risultano tristi conseguenze (2). Altri felicemente servironsi del taglio mediano, detto anche *basso perineale*, per esempio i Dott. Bellini (3), Norfini (4), Gervasi (5), Fede (6), Catanoso (7), Fattori (8), Moretti (9), ed il Prof. Menici (10). Per rendere più semplice l'operazione il Prof. Pecchioli incideva lungo il rafe del perineo, dall'ano allo scroto, per due pollici circa; e quindi alzando il catetere tagliava verticalmente l'uretra membranosa, la prostata fino alla sua base ed il collo della vescica (11). Il Dott. Pietro Biagini, per ottenere maggior varco, all'incisione del raggio rettale della prostata quella univa dell'altro

---

(1) *Scarpa*, Lettera al chiar. Signor Prof. Cav. Vaccà Berlinghieri sul nuovo metodo di estrarre la pietra dalla vescica (Ann. un. Med. 1826 XXXVII 244).

(2) Otto casi di litotomia col taglio mediano e vantaggj di questo metodo su gli altri in uso (Ann. un. Med. 1828 XLVI 238). — *Balardini*, Della pietra in vescica e delle relative operazioni. Brescia 1855.

(3) Ann. sud. 1827 XLIII 143.

(4) Descrizione di alcune operazioni di Chirurgia. Pisa 1827.

(5) Nuovo Giorn. dei Letter. di Pisa 1828 XVII 71. — *Gervasi*, Intorno a 12 cistotomie eseguite sull'uomo col taglio basso-perineale. Spezia 1836.

(6) Mem. sul confronto di due diversi metodi di litotomia. Palermo 1830.

(7) *Catanoso Natale*, Sopra un caso complicatissimo di operazione di pietra. Messina 1830. Il Prof. Catanoso di Messina, secondo che scrive il Dott. Marc'Antonio Barba, col metodo mediano suddetto avrebbe tratto fuori un calcolo il cui maggior diametro era di 4 poll. e 3 linee, il minore di 2 poll. e mezzo (Cenno di due operazioni di grande interesse alla medicina operatoria. Messina 1844).

(8) Ann. un. med. 1836 LXXVII 71. — La pietra assai grossa e durissima fu rotta con il frangipietra: riuniti i maggiori frammenti pesavano oltre 18 oncie.

(9) Casi pratici di chirurgia (Nuovo Giorn. de' Letter. Pisa 1836 XXXIII 40).

(10) De Lithotomia observatio, In: Observationes ad Clinicam externam pertinentes. Pisis 1829.

(11) Prospetto di operaz. chir. eseguite in un sedicennio. Colle 1847.

raggio che riguarda direttamente il pube, comprendendo eziandio in questa seconda ferita, nel caso di grossa pietra, tutti i tessuti interposti fra la sinfisi del pube e la faccia corrispondente della prostata stessa: per eseguire la quale operazione inventava un particolare apparecchio strumentale (1). Non v' ha dunque, come il nome di *pubo-rettale* dato dall' autore al suo processo potrebbe far credere, incisione dell'intestino retto, bensì al grande apparecchio modificato dal Vacca è combinato il primo processo di Dupuytren, ossia il taglio direttamente in alto della prostata. Anche in Francia trovò il metodo mediano zelanti fautori, od oggi tuttavia dalla Scuola di Montpellier è agli altri anteposto (2). Il Prof. Rizzoli s' accinse a migliorare il processo del clinico di Pisa volendo premunirlo dal pericolo di ferire il bulbo dell'uretra, l'intestino retto e un condotto deferente: ma per ciò ei lo riconduceva all'essenza primitiva del metodo, cioè di allargare la via della prostata e del collo della vescica non tanto per opera di tagli, quanto della dilatazione ottenuta semplicemente spingendo lungo il siringone il dito fino alla vescica. Per altro mantenendo la correzione fatta dal Maréchal al vecchio metodo mediano, ei pure consiglia di scalfire l'orlo anteriore della prostata affine di scansare gli spandimenti urinosi, che talora succedono incidendo la sola uretra membranosa, ed anche per meglio estrarre i grossi calcoli. Che se troppo grossa sia la pietra, il Rizzoli consiglia di romperla per mezzo d'una tanaglia, che articolata a modo del forcipe, termina con due cucchiaje dentate e si stringe ne' manichi per mezzo di un manubrio a vite (3). Di tal modo si possono estrarre anche calcoli di qualche mole come l'autore nella vasta sua pratica ha potuto fare più volte. Allorquando poi nè la dilatazione fosse sufficiente, nè l'artifizio delle predette tanaglie riescisse al caso, il Prof. Rizzoli non dubita che

---

(1) Nuovo metodo di litotomia pubo-rettale e perfezionamento del grande apparecchio lateralizzato di Cheselden. Pistoja 1839.

(2) *Bouisson*, Nouvelle étude de la taille médiane. In : Gazette médicale de Paris 1855 p. 688 e seg.

(3) Processo di Litotomia mediana (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1851 II 161 — Bull. Scien. med. 1863 XIX 446). — *Janssens C.*, Considerazioni istoriche sull'impiego del taglio mediano in Italia : trad. del Prof. Lorenzo Botto (Gaz. degli Osped. di Genova 1868 VI 484).

s'abbia da adoprare il taglio bilaterale o molteplice, ovvero altro opportuno provvedimento (1)

Il Manzoni di Verona nel principio del secolo, e quindi il Bresciani de Borsa della stessa città, come che facessero il taglio esterno lateralizzato piuttosto ampio, misero grande studio nel risparmiare le incisioni della prostata: anzi il primo non tagliava che *porzione dell'uretra spugnosa*, tanto bastandogli poichè operava su fanciulli (2). Il Bresciani prolungava il taglio dall'uretra membranosa alla prostata di cui ne *beccava* al più la punta; e per l'apertura fatta, seguendo la scanalatura del siringone, lentamente inoltrava il dito fino in vescica, di cui dilatava il collo e quindi ancora l'uretra prostatica (3). Ebbe il Bresciani nel Congresso di Padova, a cui esponeva il suo modo di operare, gagliarda opposizione contrastando que' chirurghi che l'uretra prostatica potesse in ogni caso dilatarsi, durante l'atto operativo, così bene e tanto da concedere che per essa venissero cavate fuori pietre voluminose come quelle mostrate dal Bresciani stesso. E poichè l'esperimento fatto sul cadavere fu conforme all'opinione degli avversarj, si credette che ugualmente fosse avvenuto ne' dieci operati esibiti dal chirurgo veronese per testimonianza dell'utilità del suo metodo; la cicatrizzazione successiva e la guarigione avendo coperto e rimediato alle lesioni prodotte nella prostata sì nell' introdurre le tanaglie, come nell'estrarne il calcolo (4). La conchiusione andava oltre i termini di severa argomentazione, spintavi senza dubbio dalle dottrine allora generalmente abbracciate intorno sì fatte materie. In oltre, come abbiamo detto, il Bresciani non escludeva la scalfittura della prostata; ed il Signoroni che presiedette agli accennati esperimenti sul cadavere, pur ammetteva esser facile con limitata incisione dell'apice della prostata nella cistotomia lateralizzata di penetrare in vescica e coll'indice e colla tanaglia. Il chirurgo di Vero-

---

(1) Il Prof. Landi, quando il calcolo sia di mediocre volume, preferisce il taglio medio-bilaterale, da lui modificato portando la ferita esterna più in basso, anzi incidendo le fibre dello sfintere esterno dell'ano, per meglio schivare la ferita del bulbo (L'Ippocratico 1866 IX Supplemento p. 48).

(2) *Manzoni L.*, Sul modo di cavare la pietra dalla vescica. Consideraz. e prat. Verona 1808. — *Montagna G.*, Riflessioni sull'opuscolo suddetto. Verona 1809.

(3) Saggi di Chirurgia. Verona 1843 p. 308.

(4) Atti del Congresso di Padova A. 1842.

na ha avuto in seguito quella parte di ragione che gli spettava (1): d'altronde ei medesimo non altro voleva che il suo processo fosse messo tra l'elenco di quelli che vengono raccomandati dalla chirurgia, non essendovi modo di litotomia che possa pretendere di *farsi universale*. Il Prof. Lorenzo Botto di Genova uscì di recente caldo sostenitore dell'anzidetta maniera di tagliare i pietranti del Bresciani: ma gli 11 infermi da lui operati erano fanciulli o poco più che adolescenti, nè veruno avea calcolo di notabile volume (2). Anche il Borelli molto confida nella dilatazione dell' uretra e del collo della vescica per estrarre la pietra; ma almeno egli ammette che la prostata sia *scalfita* nella sua estremità anteriore: d'altronde ei non teme la lacerazione del collo della vescica e della regione prostatica; anzi da quest'accidente egli spera più remoto il pericolo delle flebiti e delle infezioni purulenti, di quello che incidendo ed aprendo molti vasi arteriosi, venosi e linfatici (3). Ma, checchè si dica, la dilatazione ha da avere un limite onde non divenga laceramento.

Or ecco fatto strano, ma vero. Il Barone Heurteloup nel 1858 dava all'Accademia delle Scienze di Parigi come cosa nuova e propria il taglio da lui detto *sotto-pubiano membranoso*, pel quale non è tocca la vescica, e solamente è tagliata l'uretra nella sua parte più profonda, convertendo così la cistotomia in semplice uretrotomia. Niuno di quell' illustre Consesso fe' avvertito il Barone della poca novità della sua invenzione; ma non tacque già fra noi il Dott. Belluzzi, che ben discoprì l' illusione o l' inganno (4).

Il taglio lateralizzato od obliquo è di vecchia data, sebbene comunemente lo si faccia cominciare dall'eremita di Beaulieu. Ma questi fu ammaestrato dal Pauloni empirico veneziano, ed il siringone scannellato ch' ei poscia adottò (mutando così in pratica felice quella che prima avea avuto sciaguratissima) era, com'abbiam veduto, invenzione parimente nostrana. Il Prof. Giuseppe Corradi ha voluto provare che la *sectio mariana* sia madre del metodo lateralizzato (5): opinione

(1) *Rizzoli*, Lettera al ch. Prof. Lorenzo Botto (Bullet. Scien. med. 1863 XIX 446).

(2) Dell'operazione della pietra praticata col solo taglio dell'uretra e della dilatazione. Genova 1863. (Gaz. degli Osped. di Genova 1862 e 1863).

(3) Raccolta di Osserv. ecc. II 487.

(4) Bullet. Scien. med. 1859 XI 257.

(5) Sull'origine del metodo per l'estrazione della pietra (Lo Sperimentale A. 1865)

alla quale fu inclinato anche lo Sprengel, e che nondimeno non può esser accettata. Mariano tagliava, siccome egli medesimo dice più volte, *secundum longitudinem, inter anum et os femoris* (cioè osso del pube) *extremum; quod duorum extremorum medium dictum est:* e se non tagliava sulla commessura o rafe, ma di lato ad essa, ciò pure si faceva dagli altri che adoprarono l' alto apparecchio, siccome l'Alghisi ed il Marini (1), e si fa tuttora dai maggiori antesignani del taglio mediano, verbigrazia dal Rizzoli. Ciò è altresí confermato dalla esposizione e dai commenti che gli scrittori più vicini al chirurgo di Barletta, fecero della di lui operazione: valga tra tutte la testimonianza dell'Acquapendente, il quale loda la *cistotomia dei moderni*, dopo aver censurato l' antica, cioè il taglio lunato di Celso e l' obliquo dell' Egineta (2). Probabilmente il taglio lateralizzato anche ai tempi del Barolitano era in mano degli empirici e dei litotomisti girovaghi; e per ben determinarne l'origine converrebbe altresì seguire le mutazioni, che il taglio *laterale* di Paolo d' Egina ha subito nel lungo corso di nove secoli. Ma per quest' indagine mancano affatto i documenti.

Antonio Cocchi, appoggiandosi alla dimostrazione anatomica, fu tra i primi a raccomandare il *metodo lateralizzato* (3): il Molinelli l'esponeva nelle esercitazioni chirurgiche, che dava nell' Università di Bologna, ed in questa, siccome nelle altre operazioni, addestrava gli scolari (4). Natale Pallucci, Bernardino Moscati, Carlo Domenico Uccelli di Milano sperimentarono tal modo di cistotomia con felice riuscita (5). Giuseppe Grossatesta, litotomo modenese e discepolo del Molinelli suddetto, così operava in un fanciullo. Incominciata l' incisione dove pur

---

(1) *Alghisi*, Trat. di Litotomia Cap. XIII. *Dell'operazione.* — *Marini*, Pratica delle principali e più difficili operazioni Cap. X. *Del grande apparato per cavare la pietra.*

(2) De Chirurg. operat. In: Op. omn. Patavii 1666. p. 264.

(3) « E non altro che esatta anatomia ci ha finalmente assicurati della ragione di dare in moltissimi casi la preferenza al taglio obliquo sopra il retto, ond'è il nome d'operazione laterale, introdottasi i giorni nostri, e di tutte le altre riconosciuta omai per più facile e sicura (Discorso primo intorno l'anatomia, letto pubblicamente in Firenze il dì XIX Settembre MDCCXLII. Opere. Milano 1824 I 20) ».

(4) *Grossatesta Giuseppe*, Lettera ad un suo amico sull'apparecchio grande lateralizzato inserita nel *Saggio critico della corrente Letteratura straniera dagli autori della Storia Letteraria d' Italia* T. III P. I. Modena 1758 p. XXXVI.

(5) Ivi p. XXII e XXIII.

si fa con il grande apparecchio, la condusse obliquamente verso la tuberosità dell' ischio: quindi risalendo piantò la punta del litotomo nel solco dello sciringone là donde l' incisione era partita; quindi sollevato lo sciringone verso la sinfisi del pube e tenendolo ancora un po' obliquo, fe' scorrere il cistotomo verso la natica sinistra (1): finalmente ricondotto verso il ventre il manubrio del catetere, il coltello venne ritirato lungo la scannellatura di esso, finendo il taglio dov'ebbe principio (2). Il metodo lateralizzato fu anche accolto, ed insieme modificato e reso più semplice dai due Nannoni; i quali, fatto il taglio profondo, si servivano del dito per misurare l' ampiezza dell' incisione della vescica, e guidare gentilmente la tanaglia sulla pietra: eglino anche operavano senza bisogno d'ajuto, tenendo siccome faceva il Grossatesta con la sinistra il siringone (3). Lorenzo Nannoni, che veramente formò il processo, ebbe ne' suoi scolari varj imitatori, fra' quali si distinse il Guidetti di Genova (4). L'Atti di Bologna, che fu felicissimo litotomo, modificò esso pure l' operazione di Cheselden particolarmente riguardo agli strumenti con la mira di assicurare la strada al coltello in modo, che non potesse deviare dalla scannallatura del siringone, nè passar oltre l'estremità di questo (5). Anche il Flajani s'attenne al processo del predetto chirurgo inglese con le variazioni aggiuntevi dai Nannoni; ma egli in un caso, per la rara combinazione di diverse circostanze, e non potendo per lo stato morboso dei legamenti dell' articolazione del femore servirsi della parte sinistra del perineo, fu obbligato di portare il taglio alla destra, e servirsi perciò della mano manca nell' operazione. Questo medesimo caso venne già registrato nel Prospetto dei corpi estranei cavati dalla vescica, perchè appunto il projettile, che fu occasione indiretta del calcolo vescicale, offese altresì l'articolazione della co-

---

(1) E non *destra*, come leggesi in Haller (Bibl. chir. II 449).

(2) Lettera sud. p. VIII.

(3) *Nannoni Angelo*, Trat. chir. sopra la semplicità del medicare. Firenze 1761 p. 292 — *Nannoni Lorenzo*, Trat. delle materie chirurgiche. Pisa 1794 II 248.

(4) Della Nefrotomia e Litotomia Firenze 1783. — *Righi Jacopo Antonio*, Lettera chirurgica sopra due estrazioni di pietra fatte (presente il maestro Angelo Nannoni) coll'apparato laterale. Firenze e Bologna 1765.

(5) Sull'apparecchio laterale colla descrizione di nuovi strumenti (Mem. dell' Istit. Nazion. Bologna 1808 II P. I p. 297. II P. II p. 241).

scia passando vicino alla medesima (1). Altrettanto fece poscia nel 1816 uno scolaro del Flajani, Francesco Gattei, volendo far cadere nel taglio il seno fistoloso, che il paziente avea nella parte destra del perineo (2).

Il processo del Pallucci non ha posto nella storia che per la forma singolare degli strumenti adoperati (3). Singolare eziandio è l'*uretra-trachelo-tomia* del prof. Rossi di Torino nella quale longitudinale è il taglio fatto nell'uretra, e trasversale invece alla circonferenza della medesima quello nella bocca o collo della vescica, pretendendo con ciò di lasciar intatta la prostata (4).

Il processo di Lecat sebbene da parecchi chirurghi fosse poco stimato, fu fecondo di meravigliosi risultamenti nelle mani del veronese Pajola, il quale sopra 779 operazioni non poteva lamentare che 10 morti. Il Rudtorffer di Vienna (5), ed il Ruggieri, poscia professore a Padova (6), fecero conoscere minutamente il modo di operare del celebre litotomista, che d'altronde non ne faceva un mistero (7), concludendo che tanti prosperi successi debbonsi attribuire alla poca estensione del taglio, al non ferire la vescica oltre il suo collo, ed all'uso appropriato del dilatatore, strumento che il Pajola stesso non dubitava di chiamare *divino*. Numerosi furono i seguaci di questo modo di operare specialmente nelle provincie venete, come può vedersi nell'erudita dissertazione del Dott. Chiminelli (8); e noi già abbiamo

---

(1) *Flajani*, Giorn. med. di Roma 1808 I 222.

(2) *Gattei*, Litotomo e processo di Litotomia. Pesaro 1832 p. 15.

(3) Nouvelles remarques sur la lithotomie Paris. 1750. — Lithotomie nuovellement perfectionnée. Vienne 1757.

(4) Trat. elem delle Operaz. chir. Torino An. X I 223. Elém. de Méd. opérat. I 348. — Il Rossi prometteva a p. 350 de' predetti Elementi di pubblicare un *Parallèle des différents méthodes de pratiquer l'opération de la taille avec la mienne:* ma non trovo che la promessa fosse mantenuta

(5) Abhandlung von der Operation des Blasensteins nach Pajola 's Methode. Wienn 1808.

(6) Dizion. di Chir. Padova 1810 IV 200.

(7) Il Dott. Domenico Carminati di Venezia fu presente a più di trenta operazioni eseguite dal Pajola, e soggiunge che mai non vide pietra tanto voluminosa, che da quello col modo di operare del Lecat da lui condotto alla massima perfezione, non fosse felicemente estratta (Dizion. Chirurg. del Louis. Venezia 1795 III 236).

(8) Sul trattamento della litiasi vescicale e sopra i metodi e processi di cistotomia usati nelle provincie venete. Relazione storico-critica. (Giorn. Veneto delle Scienze med. 1850 I 632).

accennato come il Manzoni battendo questa via esagerasse il precetto d'incidere quanto fosse meno possibile la prostata, non tagliando se non che l'uretra spugnosa. Il Pajola, prima di passare in Francia ad addestrarsi nella pratica della cistotomia con il Lecat, studiò chirurgia sotto Alessandro Montagna pure veronese, educato alla scuola del vecchio Nannoni. Maestro e discepolo divennero amici, e adottarono lo stesso modo di operare la pietra. Questi due operatori, scriveva il Montagna juniore, seppero portare il taglio interno fin quanto è permesso, e seppero usare della dilatazione fin quanto viene tollerata. Essi non prescrissero linee, non insegnarono ad usare violenza, e seppero combinare i vantaggj del ben inteso taglio ai vantaggj della graduata dilatazione. Tutti due eseguivano il loro taglio interno lungo l' uretra prostatica, e conseguentemente più o meno ledevano la prostata (1). Il Piccinelli di Bergamo fu pure fortunato nell'operazione della pietra: su 193 operati, de' quali alcuni in cattivissima condizione, non ne perdeva che 21: ei servivasi generalmente del terzo modo di Cheselden, facendo per altro un taglio esterno forse meno ampio di quello che l'inglese facesse, ed in iscambio di fendere ampiamente la prostata, ed il collo della vescica, *sfiorava* piuttosto la prima, e l'altro *pungeva appena* (2). Anche il Troja raccomandava per migliore il taglio largo di fuori, e più stretto in dentro, facendo molto conto della dilatazione lenta e graduata (3).

Del metodo lateralizzato servissi felicemente il Santoro combinando il processo di Cheselden con quello di Moreau; onde che nel corso di soli 3 anni potè compiere fino a 56 operazioni senza perdere che un fanciullo. Egli seppe, dice il suo lodatore, con destrezza eseguire il taglio in modo da formare due triangoli che si uniscono nel loro vertice, uno con la base nella cute ed il vertice nell'uretra.

---

(1) *Montagna Giuseppe*, Sul perfezionamento della litotomia nel Veneto. Cenni storici. Parma 1844 p. 11, 19. — Il Montagna preferiva di dilatare col dito anzi che con l'apposito strumento di Lecat. — Nella seconda, meta del secolo scorso ebbe riputazione nelle Provincie venete di felicissimo operatore il chirurgo Francesco Stella, il quale per altro continuava a servirsi del grande apparecchio. (Giorn. per servire alla Stor. ragionata della Medic. Venezia 1785 III 105).

(2) *Palazzini Gio.*, Orazione inaugurale per la collocazione del busto del Prof. Gio. Ant Piccinelli. Bergamo 1827.

(3) Lez. cit, II P. I 337.

e l'altro col vertice nell'uretra e la base nel collo della vescica, con un processo spedito e sicuro, col quale è impossibile di dare occasione ad emorragie di qualche momento (1). Adottò altresì la pratica di tenere operando, con la mano sinistra lo sciringone, e con la destra il cistotomo, affine di ben calcolare ed eseguire con precisione contemporaneamente l'abbassamento di quello, e l'introduzione di questo. La quale usanza che il chirurgo regga da per sè solo lo sciringone, era già nella Scuola di Firenze fin da quando vi stava maestro TOMMASO ALGHISI (2); ed anche la troviamo seguita dai litotomi norcini e preciani, siccome può vedersi nell'opera precitata di GIROLAMO MARINI (3). Ma v'ha di più: MARIANO SANTO, descrivendo nel *Libellus aureus* l'operazione della pietra fa tenere al chirurgo con l'una mano l'*itinerarium* o siringone solcato, mentre che con l'altra su questa guida conduce il taglio. Pertanto deve dirsi che del grande apparecchio non ogni cosa andasse in oblio; qualcuna delle sue pratiche trasmettevasi dai vecchi ai nuovi operatori, quasi per testimoniare quanto facilmente la prima educazione ed i primi esercizj faccian abito, al quale in questo caso certa utilità dava maggiore saldezza.

Dalle statistiche di CIANFLONE, di SALVATORE DE RENZI e di FELICE DE RENSIS risulta che il metodo obliquo in basso prediletto dai chirurghi napoletani sopra 368 operati non avrebbe dato che 49 morti, circa 13 1/2 in cento, ossia poco più di 1 sopra 8 (4). Negli ultimi anni per altro sarebbevi stato non aumento nel numero in conseguenza, per quel che pare al suddetto DE RENSIS, del non entrare negli spedali maggiori di Napoli che i malati ridotti in gravi condizioni, i pietranti che danno speranza di buon esito, venendo operati nelle case e negli spedali delle minori città. La qual cosa, come è indizio di progresso nell'esercizio della chirurgia, è altresì nuova prova della cau-

---

(1) *De Philippis Pietro*, Note aggiunte alla Traduzione della Medicina operatoria di Sabatier. Napoli 1822 V 114. — *De Renzi*, Elogio storico di Lionardo Santoro. Napoli 1853 p. 21.

(2) Trat. cit. Cap. XIII « Il litotomo tenendo da per sè solo lo sciringone, può fare più sicuramente e più speditamente l' incisione ».

(3) Cap. X *Del grande apparato per cavare la pietra* p. 172.

(4) Annali dell'Ospedale degl' Incurabili 1835, 1836, 1838, Filiatre Sebezio 1839. — Gaz. méd. de Paris 1839 p. 586. — *De Rensis*, Istit. di Patol. chir. Napoli 1852 V 266. — *Palasciano*, Sulla litotomia perineale lateralizzata. Lezioni di Clinica chirurgica (Archiv. di Chir. prat. 1867 p. 164 e seg.).

tela, che conviene adoperare nel formare le statistiche, e nel giudicare del valore di esse, siccome un po' più avanti dovremo ripetere. È pure fama che il Prof. Giovanni Rossi di Parma usando il metodo lateralizzato, da lui sempre eseguito con coltellino retto bottonato, due morti soltanto sopra 90 operati avesse da lamentare (1). Il Pecchioli ancora modificava il processo di Cheselden facendo l'incisione esterna più vicina al rafe, cioè meno obliqua, e servendosi soltanto d'un bistorì convesso: su 100 operati a questo modo 91 guarirono (2). Narra il Robolotti che il Dott. Imerio Ferrari di Cremona in un solo quindicennio operò 211 calcoli e ne guarì 192 (3). Il Ferrari, soggiunge il Dott. Ciniselli, praticava il taglio laterale mediante il cistotomo di Frate Cosimo; ma per i calcoli di straordinario volume che veggonsi nella collezione di quel chirurgo, e che ora sono nel Museo anatomico patologico dello Spedale Maggiore di Cremona, certamente che altre incisioni al collo della vescica, o la cistotomia ipogastrica saranno state necessarie (4).

Lo Scarpa mentre correggeva il conduttore tagliente di Hawkins per renderlo più comodo e per meglio evitare il pericolo di offendere l'arteria pudenda profonda e l'intestino retto, poneva anche alcune considerazioni circa l'incisione della prostata. Così ci faceva notare che, sebbene la via più breve dall'uretra membranosa fin dentro al cavo della vescica sia attraverso la faccia anteriore della prostata; nondimeno, poichè l'incisione cadrebbe in questo luogo precisamente sotto l'arcata del pube, è da preferire all'incisione della faccia anteriore della prostata un taglio, che scorra lateralmente per la sostanza di essa. La quale incisione, reciso intieramente che sia l'apice

---

(1) *Biagi Zaccaria*, Notizie intorno alla vita scientifica e privata del Prof. Cav. Gio. Rossi. Guastalla 1853 p. 29.

(2) Prospetto di Operaz. chirurg. eseguite in un sedicennio. Colle 1847. — *Landi*, Gli spedali di Parigi e di Londra. Firenze 1853 p. 198.

(3) Necrologia del Dott. Imerio Ferrari. Cremona 1859.

(4) Sopra il Gabinetto anat. patol. ecc. p. 86. Dagli Ann. un. di Med. 1869 CCIX. — Il Dott. Pietro Pagello assicura di non aver perduto un solo infermo sopra i 34 da lui operati col processo di Frate Cosimo (Giorn. Veneto Scien. med. 1852 IV 54). — Più fortunato ancora il Dott. Cilento di Bari di 308 operazioni di pietra fatta col metodo laterale dal 1806 al 1842, contava 302 guarigioni, cioè neppure il 2 per cento di perdite (Filiatre Sebezio e Gaz. med. di Milano 1844 p. 44). Duole che di tante imprese e di tanta felicità non sappiasi più di quello che il numero dice.

della prostata, se profonda cinque linee e tocchi alcun poco l'orificio della vescica, è bastante perchè, con l'ajuto di moderata e gradatamente crescente dilatazione, si possa estrarre una pietra più che di ordinaria grossezza, senza che le parti per le quali deve passare vengano fortemente contuse o lacerate (1). MALGAIGNE non ha temuto di dire che *fantastica* è l'aritmetica di SCARPA, il quale pur ne traeva i dati dall'osservazione e dall'esperimento anatomico: il critico francese soggiungeva ancora essere *faux et misérable* che da quel taglio, sebbene sussidiato dalla dilatazione, potesse venir fuori un calcolo di 16 linee nel suo minor diametro (2); e ciò semplicemente in grazia dell' effetto contrario avuto da una prova fatta dal LEDRAN sul cadavere, e per far prevalere il principio della grande incisione, che vada oltre il cerchio della prostata, e comprenda parte del corpo della vescica: pratica già stata sperimentata da valenti litotomisti e dismessa da' medesimi perchè sfortunata.

Il taglio laterale, quand'anche non siano precisamente quelli assegnati dallo SCARPA, ha de' confini, oltre i quali non si può far passare senza gravi rischj, benchè talora natura meravigliosamente sappia riparare all'audacia, od agli errori dell'operatore. Col semplice processo di LECAT, e con l'ajuto della dilatazione fatta secondo i precetti di PAJOLA, il Dott. MICHELANGELO MATTIUZZI di Treviso estraeva una pietra che pesava 446 grammi, era lunga 125 millim. larga 80, grossa 63 (3): parimente per la via del perineo con taglio lateralizzato il Prof. CHIARI di Napoli ne cavava fuori un'altra il cui peso era di 14 once, la maggior circonferenza di quasi 10 pollici, la minore di 8 pollici e mezzo (4). Amendue gli operati guarirono: ma è presumibile che l'uno e l'altro processo, tenuto dentro i proprj limiti, fosse di per sè capace d'aprire sì ampio varco quale occorreva volendo cavar fuori tali ingenti concrezioni? Il Dott. CARLO BUSI, ch'ebbe ad estrarre

(1) Sul conduttore tagliente d' Hawkins per l'estrazione della pietra dalla vescica (Mem. dell'Istit. naz. Bologna 1808 II P I 59). — Nota sulla Litotomia (Ann. un. Med. 1825 XXXIII 319).

(2) Manuel de Médec. opérat. p. 729.

(3) Ann. un. Med. 1826 XXXIX 25. — Il calcolo fu presentato dal Dott. Santello al Congresso di Padova.

(4) Atti del Congresso di Napoli A. 1845. — 10 pollici corrispondono a 270 millimetri e 8 pollici e mezzo a 230 millimetri.

una pietra grossa presso a poco come quella del Chiari, servendosi d'un processo misto mediano perineale e bilaterale, confessa che non potè riescire nell'impresa senza lacerazioni e contusioni delle parti molli (1).

Il Vaccà appunto per ottenere una via larga senza pericolo di ledere vasi ragguardevoli, e in modo facile e spedito abbracciò il metodo *retto-vescicale,* od *entero-cistico*, che il Sanson avea proposto e il Dupuytren raccomandato. Secondo il Bonino la cistotomia retto-vescicale fu suggerita fin dal 1808 dal Dott. Giuseppe Isnardi, chirurgo nello Spedale di Vercelli (2): ma circa mezzo secolo prima Cristoforo Lodovico Hofmann scriveva appunto una dissertazione affine di proporre il taglio della vescica per la via dell' intestino retto, siccome *nuovo e sicuro metodo* (3). Se non che neppure al medico tedesco toccherebbe l'onore della *priorità*, tal modo di cavare la pietra essendo già da antichissimo tempo in uso presso i Birmani e gli Arabi (4). Dunque *nil novum sub sole.* Ma, checchè sia dell'origine di quest'operazione, certo è che il Vaccà non fu semplice ripetitore di ciò che altri suggeriva o lodava: ci s' industriò di migliorare il processo, che poi con fatti clinici illustrò e difese (5). Il Vaccà modificando il metodo ebbe di mira di non comprendere nel taglio che l' intestino retto, la parte membranosa dell'uretra, la prostata ed il collo della vescica, evitando d' incidere il basso fondo di questa. Ebbe segua-

---

(1) Bullet. Scien. med. 1851 XIX 261. — Il calcolo avea la maggior circonferenza di 26 centimetri e mezzo, e la minore di 22. — Fra i calcoli di straordinaria grandezza, rispettivamente all'età, l'operato non contando che 11 anni, estratti col metodo lateralizzato va annoverato quello di cui dà la storia e la figura il Prof. Costantini: era lungo 1 pollice ed 11 linee, largo 1 e 6, alto 11 linee. Il fanciullo dopo 14 giorni era perfettamente guarito (Saggio di Clinica chirurgica per gli anni 1853-55. Roma 1855 p. 136). Lo stesso Prof. Costantini ebbe poscia occasione per tre anni consecutivi di sottoporre tre volte alla cistotomia un fanciulletto di sei anni, rinnovandosi sempre il calcolo nella vescica. Ogni volta fu adoperato il metodo laterale con ottimo effetto (Saggio di alcune rare operazioni. Roma 1870 p. 44).

(2) Biogr. med. Piemont. II P. III 372.

(3) Prolusio novum proponens methodum calculum vescicae sine periculo in maribus secandi. Steinfurtii 1760.

(4) *Nevermann*, Der Steinschnitt. etc. (Janus 1846 I 797).

(5) Memorie sopra il metodo di estrarre la pietra dalla vescica orinaria per la via dell'intestino retto. Pisa 1821. — Memoria seconda sopra il metodo di estrarre ecc. Pisa 1822. — Mem. terza sul taglio retto-vescicale, e Lettere sul medesimo soggetto dei Signori Cavara e Giorgi Professori di Chirurgia. Pisa 1823. — Lettera responsiva al Prof. Scarpa. Pisa 1824.

ci e difensori particolarmente nel Giorgi (1), nel Farnese (2), e nel Cavara di Bologna (3). Barbantini di Lucca fin dal 1819 estrasse tagliando l'intestino retto una pietra che pesava 9 once e mezzo, ed era alta 4 centimetri (4). Il Prof. Uccelli sperimentò il nuovo metodo, non per altro così generalmente da farsene credere partigiano (5). Ma assai più furono gli avversarj, tra' quali il Geri (6), il Riberi (7), il Fasola (8) e sovra tutti lo Scarpa, che pertinacemente combattè e vinse (9). Vinse, dice saviamente il Burci, imperciocchè lo stesso Vaccà non potè disconoscere uno dei più gravi e frequenti danni del metodo entero-cistico, quello cioè di lasciare in molti degli operati, che sopravvivono al taglio, la fistola, la quale è schifosissimo male (10). Nondimeno questo metodo ancora potrebbe in qualche caso eccezionale essere utilmente adoperato, e ciò quando siavi fistola uretro-perinea-

---

(1) Lettera sopra due operazioni di Litotomia. Imola 1822. — La utilità del taglio retto-vescicale confermata dall'esperienza. Forlì 1825.

(2) Esame delle osserv. sul taglio retto-vescicale ecc. Milano 1823. Ed. 2. Ivi 1826.

(3) Mem. cit. del Vaccà.

(4) Di un voluminoso calcolo della vescica orinaria operato col taglio retto-vescicale. Lucca 1819.

(5) Anno di Clinica esterna. Firenze 1823 T. II Sez. XXX p. 93.

(6) Repertorio med. chir. di Piemonte A. 1821 p. 161, 273. — *Rossi Martino*, Storia di un'operazione della litotomia fatta col metodo di Sanson (Ivi 1822 1822 p. 469).

(7) Ivi 1822 p. 286, 335, 383. e Op. min. I p. 1.

(8) Ann. un. di Med. 1823 XXVIII 145. — Il Fasola, mentre che combatteva il metodo retto-vescicale, proponeva scrivendo al Palletta, di eseguire il taglio esterno longitudinale, e l'interno col cistotomo di Frate Cosimo, e con il conduttore di Hawkins corretto da Scarpa, facendo scorrere il tagliente, con l'avvertenza di non troncare nel lato sinistro il muscolo acceleratore, lungo l'asse della pelvi, ed in modo che guardi il punto d'unione dell'ischio col pube. Con ciò egli credeva di serbare i vantaggj del taglio laterale, schivando il pericolo dell'emorragia. Ma il Riberi fu sollecito di mostrare tal nuova maniera di cistotomia non aver alcun vantaggio sul metodo ordinario, anzi corrersi per essa in inconvenienti, che con l'altro si schivano (Repert. med. chir. Torino 1824 p. 17). Il Dott. Fasola dice ancora che Fabrizio d'Acquapendente espone chiaramente il metodo retto-vescicale: ma nulla di ciò leggesi nelle opere del Professore padovano; bensì dopo aver disapprovato (secondo che sopra notammo) il taglio lunato di Celso e l'obliquo di Paolo d'Egina, il celebre chirurgo descrive, lodandola grandemente, la cistotomia de' moderni d'allora, cioè il taglio mediano (Op. omn. Patav. 1666 p. 264, 265).

(9) Lettera al Prof. Maunoir sul taglio retto-vescicale per l'estrazione della pietra (Ann. un. Med. 1822 XXIII 34). — Saggio di osservaz. sul taglio retto-vescicale (Ivi XXVI 5). — Esame della III Memoria del Prof. Vaccà (Ivi XXX 125).

(10) Lez. cit. p. 304.

le od uretro-anale: il Pecchioli appunto se ne servì assai bene in sei di questi casi (1). Secondo che avvisa il Landi, quegli tagliava appena per 4 linee l'intestino retto e gli sfinteri dell'ano (2). D'altronde anche Vegezio Renato suggeriva, quando nel cavallo od in altra bestia da soma già calcolosa la vescica si rompesse *prope ipsum anum*, di trar fuori per la fistola dell' intestino retto e della vescica la pietra, e quindi d'injettare con clisteri sostanze agglutinanti *ut foramina illa sanentur* (3).

L'alto apparecchio, o taglio ipogastrico, che già troviamo descritto nel *Ayur-Veda* di Susruta (4), non venne ammesso che tardi dagli italiani; e prima ancora di ammetterlo lo modificarono. Il Pallucci avea già pensato innanzi che Frate Cosimo di fare una contro-apertura al perineo per dare scolo all'orina, e impedire gl' infiltramenti dal lato del ventre (5). Il Vaccà, pubblicando nel 1793 le Riflessioni sul Trattato di Chirurgia di Beniamino Bell, suggeriva alcune utili correzioni alla pratica del monaco francese: toglieva il trequarti per l'incisione della linea alba, alla ferita inferiore della vescica per lo sgorgo delle orine sostituiva la sciringa di gomma elastica a permanenza, faceva più sicura e più facile l'incisione della vescica (6). Con questo processo il Chirurgo di Pisa estraeva nel 1809 una grossa pietra da una donna, che sebbene settuagenaria, perfettamente guariva (7). Lo Scarpa l'anno innanzi avea pure con eguale fortuna operato una giovane di 29 anni. (8). Prima d'allora l'alto apparecchio era stato messo in pratica fra noi, per quanto è noto, tre volte dal Catani (9).

---

(1) Prospetto di operaz. chirurg. eseguite in un sedicennio ecc. Colle 1847.

(2) Gli Spedali e gli Ospizj di Parigi e di Londra. Firenze 1853 p. 199.

(3) Artis Veterinariae Lib. I §. 46 (In Scriptores Rei rusticae. Biponti 1787. III 273).

(4) T. II Cap. VII.

(5) Nouvelles remarques sur la lithotomie. Paris 1750 p. 56.

(6) « Questa correzione che rende il metodo di Fra Cosimo sì semplice fu la prima volta progettata al Dott. Rizzo presentemente professor di Chirurgia all' Università di Catania, e a me dal Dott. Leopoldo Vaccà mio fratello. In seguito fu proposta da un chirurgo francese al Sig. Desault, il quale nelle sue lezioni ne parlò con molto vantaggio (Riflessioni ecc. Pisa 1793 p. 34) ».

(7) *Betti*, Note all' istoria delle Operaz. di Chir. dello Sprengel II 140.

(8) *Volpi*, Trad. degli Elem. di Chir. di Richter VII 213.

(9) Ciò sta scritto nella tabella posta a p. 259 del *Litotomo in pratica* dello stesso Catani, la quale contiene la distinzione dei metodi da lui usati nelle sue operazioni di cistotomia:

e quindi parecchi anni prima che il NANNONI pubblicasse la prima edizione del suo Trattato chirurgico, ciò che fu nel 1785: l'operazione venne fatta in Venezia per estrarre una forcella su cui erasi formata incrostazione calcare; ma un'infiammazione consecutiva privò di vita quella femmina (1). Fautore dell'alto apparecchio, il ROSSI di Torino lo additava specialmente nella cistotomia muliebre, ogni volta che il calcolo non potesse estrarsi senza esteso taglio dell'uretra e della circonferenza dell'apertura della vescica (2): ma non pare che mai l'abbia adoperato. Il Dott. GIUSEPPE SOLERA proponeva di tagliare trasversalmente la vescica, siccome il LAUVERJAT ed altri consigliavano di fare dell'utero nell'isterotomia: se non che neppur egli le prove fatte sul cadavere metteva in pratica nel vivo (3). Altre correzioni poneva innanzi il TRIBERTI in occasione che il Prof. JACOPI, con poca buona fortuna, cimentava l'operazione franconiana (4). Lo SCARPA attese altresì a migliorare il metodo di Frate COSIMO particolarmente nella seconda parte che ha per iscopo di mantenere stabilmente alzata la vescica orinaria sopra del pube, per poter poi incidere con ispeditezza e nella giusta direzione e misura la parete anteriore di questo viscere. A tal fine alla *sonda a dardo* del Frate aggiungeva due alette al doppio scopo di sostenere le pareti della vescica dopo del dardo, e guidare il coltello che deve tagliare la vescica stessa (5). Ma quel sommo maestro non voleva già che la litotomia ipogastrica fosse adoprata in tutti i casi di pietra assai grossa non suscettibile di essere tratta fuori per la via del perineo. Quando la vescica sia in grave stato patologico, le ingrossate, rigide e atoniche membrane

---

ma nel corpo dell'opera non appare in quali casi e persone la sezione ipogastrica fosse adoperata.

(1) *Nannoni L.*, Trat. chir. 1.ª ediz. III 165. — 2.ª ediz. II 231. È tacciuto il nome dell' operatore.

(2) Élém. de Méd. opérat. I 353.

(3) Giorn. della Soc. d'incoraggiamento. Milano 1808 III 313.

(4) *Triberti Ant.*, Riflessioni sull' operazione dell'alto apparecchio fatta dal Sig. Prof. Giuseppe Jacopi. Pavia 1812. — La donna moriva dopo 47 giorni.

(5) Sul taglio ipogastrico per l'estrazione della pietra dalla vescica orinaria (Mem. dell' Istit. Lomb. Vol. I). Anche il Dott. Giuseppe Montagna corresse la sciringa a dardo con lo scopo di meglio sostenere le parti che debbon esser incise nell' operazione dell' alto apparecchio, di difendere ed allontanare le altre che importa lasciare intatte. N'ebbe premio nel 1818 dall' Istituto di Milano (Il Poligrafo di Verona A. 1830 II 97).

lungi dall'assumere la salutare *infiammazione adesiva*, saranno piuttosto prese dalla spuria e lenta flogosi ulcerativa con perdita irreparabile e spesso assai pronta dell'infermo. Egualmente il BARBANTINI faceva (affine di evitare il facile fuggire della vescica dalla punta della siringa compiuto che ne sia il taglio) costruire la siringa in modo, che il dardo forasse alquanto lontano dalla punta che sostiene la vescica (1). Tutte queste diverse correzioni non servirono per altro a rendere più comune l'uso di questa specie di litotomia; e indarno il Dott. NICOLÒ CANELLA procacciò di trovargli seguaci con l'esempio dei quattro fanciulli da lui, meno uno, felicemente operati (2). La cistotomia epipubiana nell'uomo adulto è anche più rara, e pochi ne sono gli esempj pubblicati.

Il ROGNETTA mentre era a Parigi operò con questo metodo, assistito da DUPUYTREN, un prete napoletano: tagliata a modo di croce l'aponeurosi addominale profonda, incise, rasente alla sinfisi del pube, la vescica, senza che dal catetere fosse sollevata, ma semplicemente distesa dall'acqua intromessavi. Ne estrasse un calcolo non più grosso d'una *piccola noce*, e dopo una settimana un altro per forma e volume simile ad una *fava*, il quale non senza difficoltà venne tratto fuori dalla fossetta della vescica in cui stava nascosto: nondimeno l'infermo dopo 20 giorni era guarito. Il chirurgo calabrese avea tanta predilezione per la cistotomia ipogastrica, da anteporla in ogni caso, dovendo operare un uomo adulto, al taglio perineale (3). Il Dott. D'ERCHIA ripeteva il taglio con le modificazioni del ROGNETTA: ma il suo operato moriva; i calcoli estratti pesavano quasi una libbra ed erano quattro, l'uno all'altro attaccati e sovrapposti a foggia di pila (4).

Il Dott. COGEVINA (citiamo quest'esempio giacchè l'autore è italiano, almeno per educazione, sebbene l'operazione fosse fatta nell'ospedale di Corfù) col taglio soprapubiano retto dall'alto al basso, seguendo il consiglio di ZANG, estraeva 46 calcoli di varia grandezza, e che

---

(1) Lettera intorno ad alcuni argomenti di Clinica chirurgica. Lucca 1827 p. 4.

(2) Memoriale della Medic. contemp. 1840 III 145.

(3) *Rognetta Francesco*, Sulla migliore maniera di guarire la pietra in vescica (Filiatre Sebezio 1834 VII 86, 71).

(4) Filiatre Sebezio. Aprile 1836.

tutti insieme pesavano 22 oncie venete: l' infermo, uomo di 45 anni, moriva dopo una settimana, ed esaminatane la vescica trovossi trasformata *in sostanza quasi cartilaginea* (1). Similmente moriva l'uomo a cui nello spedale maggiore di Milano con l' alto apparecchio venne cavata grossa pietra, secondo che trovasi notato nel Quadro delle operazioni d'alta chirurgia fatte nell'ospedale stesso durante il quindicennio 1820-1834, e pubblicato dal Dott. Vandoni (2). Nè miglior sorte toccò all'operato del Dott. Corneo: questi neppure potè estrarre la pietra, tanto essa era tenacemente attaccata con le molteplici punte, di cui era irta, alla grossa vescica; la quale le punte stesse avvolgeva in modo da formare a ciascuna di loro una stretta nicchia (3). Più fortunato fu il Pecchioli, giacchè dei due uomini da lui operati uno almeno guariva. Il Prof. Landi vide compiere queste operazioni con la massima sollecitudine, cioè in non più di dieci minuti, adoprando semplicemente un bistorì retto, uno bottonato ed una tanaglia, servendosi del dito mignolo d' un assistente per tener sospesa la vescica. Neppur lasciava la sciringa stabilmente in vescica, avendo veduto in due malati di Souberbielle, che con tale espediente non si evitava che orina uscisse dalla ferita (4). Campava altresì il giovane diciottenne deforme per rachitide, a cui il Prof. Pietro Maggi nell'Ospedale di S. Spirito di Roma estraeva, incidendo il basso ventre, il calcolo dalla vescica (5); il vecchio operato dal Dott. Raffaele Rossi, che da vent'anni portava voluminosa pietra per quattro quinti della sua superficie chiusa dentro una sacca della vescica (6); e l'altro pur vecchio settuagenario curato dal Dott Giuseppe Perfetti nel Porto di Fermo (7). Singolari poi sono le circostanze per le quali il

---

(1) Memoriale della Med. contemp. 1843 IX 314.

(2) Milano 1841 p. 26.

(3) Gaz. med. Lomb. 1857 p. 4.

(4) Prospetto di operazioni chirurgiche eseguite in un sedicennio ecc. Colle 1847. — *Landi*, Op. cit. p. 198. — Il Pecchioli, accennando la fortunata operazione, soggiungeva mostrare il fatto che quelle poche difficoltà maggiori, che s'incontrano per bene eseguir l'alto apparecchio, sono largamente compensate dalla più facile e spedita guarigione (Atti dell'Accad. de' Fisiocritici di Siena 1841 X 130)

(5) Giorn. Arcad. 1820 V 97.

(6) L'Ippocratico 1862 I 501.

(7) Nella lettera dedicatoria al Prof. Baroni dell'opuscolo *Di un caso di gravidanza uterina fuori dell'addome* (Fermo 1843).

Dott. Minich tenne questo modo di cistotomia. Un uomo con calcolo in vescica venne accolto nello Spedale di Venezia: volevasi praticare la litotrizia; ma un vasto ascesso con febbre quotidiana, che si formò nell' ipogastrio fra le pareti addominali ed il peritoneo, e che fu aperto, distolse da così operare. Dopo alcuni giorni, vedendo che l'orina usciva dalla ferita addominale, venne per cotale via incisa la vescica ed estratto un calcolo di mediocre volume, scabro e molto duro; se non che irrefrenabile diarrea tolse di lì a poco di vita l' infermo (1). Il più recente caso di estrazione di pietra dalla vescica per mezzo del taglio ipogastico è quello narrato dal Dott. Fedele Margary: l' inferma, ragazza di 18 anni, soccombeva 13 giorni dopo l' operazione eseguita dal Dott. Berti di Torino, essendo già in cattivissimo stato di salute, ed avendo, come dalla necroscopia fu dimostrato, gravi alterazioni nei reni. Il calcolo pesava 144 grammi, avea forma quadrangolare, era lungo 65 millimetri e grosso 40 (2).

Il Vacca, che pur era, come abbiamo veduto, propenso a questo metodo, se ne sdegnò poscia, corrucciato della difficoltà che in un caso gli oppose lo spasmo dei muscoli addominali, e della morte che ne susseguiva del giovane operato (3). Ma invero giova credere, che non tanto quella difficoltà, a cui il valente chirurgo poteva riparare tagliando le carni violentemente contratte, consigliasse il ripudio della dianzi accarezzata pratica, quanto la vaghezza di cimentare il nuovo metodo entero-cistico; mutamento del quale non dovremmo certamente essergli grati, se non forse perchè a lui fu occasione di ridare alla chirurgia il taglio mediano. D'altronde ben poco poteva venire tra noi adoperato l'alto apparecchio, prevalendo la massima nella cistotomia perineale di evitare con ogni diligenza l' incisione del corpo della vescica. Aggiungasi che varj strumenti furono inventati per frangere le grosse pietre, ovvero per triturarle dentro la stessa vescica, più adatti, sicuri e potenti degli altri di cui già era fornito l' armamentario chirurgico.

Del frangipietra del Rizzoli, che ha il vantaggio di essere smontabile a guisa del forcipe, e nondimeno robustissimo, venne già fatto

---

(1) Giorn. Veneto Scien. med. 1859 XIV 13, e di nuovo Ivi 1862 XIX 97.
(2) L'Osservatore. — Gaz. delle Cliniche di Torino A. 1869 p. 193.
(3) Mem. sopra il metodo di estrarre la pietra dalla vescica ecc. p. 17.

cenno: corretto dallo stesso autore e ridotto non più grande d'un'ordinaria forte tanaglia da pietra, ebbe lode in Italia e fuori. Notiamo eziandio lo strumento del MENICI, non perchè sia utilmente applicabile, ma per ricordare l'idea singolare del professore di Pisa di segare in due i calcoli voluminosi stretti fra le branche d'una tanaglia (1). Alle tanaglie frangenti fu quindi adattato il trapano, avendone pur data l'idea il DELLA CROCE col suo *attractor cannulatus cum terebro* (2): fra gli strumenti moderni di tal genere contiamo quelli del MONFAGNA (3), del FERRARIO (4), del BONINO (5), del PORTA (6). Il *frangipietra a percussione* del MALAGODI somiglia a quello di HEURTELOUP, ma ne è più corto, e più grosso; inoltre le due branche invece di incastrarsi a coda di rondine, si uniscono per sovrapposizione, modo di articolazione più facile, e che secondo l'autore conferisce maggiore solidità allo strumento (7). Semplice e molto valido è il frangipietra curvo retto del Prof. FABBRI, perciocchè la percussione è esercitata con un'asta diritta che batte contro la faccia anteriore della pietra; la quale è trattenuta posteriormente dall'estremità curva del tubo, entro cui scorre l'asta predetta, e che venne introdotta disotto e di dietro alla pietra stessa. Sui medesimi principj è costruito eziandio il litotritore uretrale del medesimo autore (8), e l'altro del MALAGODI che ne è una modificazione (9). Finalmente anche la tanaglia frangente del RIZZOLI può divenire strumento di percussione, mercè d'un'asta d'acciajo, che, intromessa nel bariletto posto sull'articolazione delle due branche, va ad urtare il calcolo afferrato dalla tanaglia stessa, e, martellata dall'altro capo, agevolmente lo spezza.

Sul finire del passato secolo il Dott. MARCO DE MARCHI di Belluno, poscia chirurgo primario nello Spedale di Venezia, aggiunse alla cistotomia

---

(1) Sul metodo di estrarre qualunque pietra voluminosa col taglio al perineo. Pisa 1827.

(2) Officina chirurgica p. 36.

(3) Il Poligrafo di Verona A. 1830 II 97, e poscia negli Atti del Congresso Medico di Milano.

(4) Nuovo metodo di operare con sicurezza la cistotomia. Milano 1829 e Padova 1831.

(5) Del Pantolitribo o Frangipietra (Giorn. dell'Accad. med. chir. Torino 1855).

(6) Della Litotrizia Tav. IX.

(7) Della combinazione della cistotomia colla litotripsia. Fano 1853 (Raccoglit. med. di Fano 1853 VII).

(8) Mem. dell'Accad. delle Scien. di Bologna VI 277. — Bullet. Scien. med. 1860 XIII 207.

(9) Sulla litotripsia. Poscritto. Fano 1852 p. 40 (Raccoglit. med. di Fano VI).

la regolare trapanazione e percussione, dovendo estrarre una pietra grandissima per cui non bastava il metodo ordinario; ned egli voleva adoprare le tanaglie frangenti di Le Cat, nè l'alto apparecchio, e neppure aspettare la rilasciatezza che viene colla suppurazione. A tal fine servissi, tenuta ferma la pietra con la tanaglia, d'una lunga punta d'acciajo e d'un trapano a molinello; quindi del martello, percotendo sul punteruolo, levato il molinello stesso, tosto che il foro nella pietra fu profondo un pollice. Il calcolo si spezzò in più pezzi che vennero estratti agevolmente: il malato giovane di 23 anni guariva, senza aver molto sofferto, quantunque l'operazione fosse durata assai tempo e con istrumenti imperfetti eseguita. Studiò poscia il De Marchi il modo di rendere più sicura la trapanazione, per poter dividere e suddividere la pietra secondo il bisogno. Comunicò egli la sua operazione all' Accademia degli Anismastici di Belluno, ed al pubblico nel Giornale per servire alla storia della Medicina stampato a Venezia nel 1799 (1). Poco dopo il Ruggieri celebrava la valentia del chirurgo bellunese, e la nuova maniera di rompere la pietra in vescica in una Prolusione intorno ai progressi ed avanzamenti della chirurgia (2): poscia nel Dizionario di Chirurgia da lui tradotto ed annotato, dava il transunto della predetta dissertazione del De Marchi (3). Nulladimeno l'esempio non ebbe imitatori, sebbene ragionevole si trovasse l'espediente di triturare la pietra, che intiera non poteva essere estratta per le vie consuete della cistotomia. Le parole surriferite dello Scarpa, e la grande autorità di quest'uomo erano più atte a trattenere i chirurghi dal metter mano ne' casi d' ingente concrezione vescicale, di quello che incoraggianti ad imprendere ardite operazioni. Nel Congresso di Padova la combinazione della litotrizia alla cistotomia venne particolarmente raccomandata; e prima ancora con l' invenzione de' diversi strumenti che abbiamo indicati, se ne volle rendere agevole l' eseguimento. Il Prof. Pugliatti nel medesimo soggetto in cui eseguì il taglio quadrilaterale, non potendo estrarre nè rompere la grossissima pietra, immaginò d' introdurre per l' apertura perineale un gran li-

---

(1) Osservazione ed esposizione d'una nuova maniera di ridurre in pezzi la pietra in vescica (T. XII P. I p. 390).

(2) Venezia 1803.

(3) Padova 1810 T. IV p. 216

totritore munito di largo trapano; ma il malato morì prima che lo strumento potesse venire applicato (1). Sebbene imperfetta può considerarsi come una combinazione della litotomia e della litotrizia l'operazione fatta dal Dott. Perotti per estrarre una pietra voluminosa dalla vescica d'una donna (2). Il Malagodi invece col *frangipietra a percussione* preaccennato, fatta la cistotomia bilaterale, ruppe con 11 colpi un' enorme pietra di 80 millimetri di diametro, che occupava l'uretra prostatica ed il collo della vescica, l'una e l'altro affossati a guisa di sacco. L'operazione non durò che 13 minuti, e l' infermo, giovinotto trentenne, dopo un mese e mezzo era guarito (3).

Quali siano i pregj e i difetti di ciascuno de' metodi di cistotomia di cui sin' ora abbbiamo parlato, non può esser qui detto, senza andar contro la natura e trasmodare i limiti del presente lavoro: bensì tale confronto venne diligentemente fatto in que' libri che n' aveano il debito, siccome, per citare due opere che stanno agli estremi del tempo che abbraccia la nostra narrazione, nelle Lezioni del Troja e del Burci: aggiungansi le dissertazioni del Baroni e del Berruti (4). Non possiamo per altro ommettere di fare considerare, che coloro stessi, i quali aveano particolare ragione di mettere innanzi un metodo più che un'altro, agevolmente consentivano che l'estrazione della pietra non può esser sempre fatta nella stessa maniera; e che i varj metodi e processi vanno adattati alle diverse contingenze. « Una mano esercitata, e nell'abitudine di frequentemente operare, eseguirà bene (scriveva Michele Troja) qualunque metodo ancorchè fosse alquanto difettoso; e di fatti non vi è variazione, che non rechi i suoi buoni sucessi (5) ». Queste parole, che a prima fronte peccano per soverchia larghezza, in verità non concedon troppo, avendo l' autore escluse le variazioni in cui sono *difetti essenziali*. Similmente il Dott. Minich, per citare scrittore moderno, esponendo le operazioni da lui fatte in varj casi di calcoli saccati, affermava di non dare molta im-

---

(1) Lez. di Clin. chir. Napoli 1844 Vol. I p. 139.

(2) *Metaxà*, Ann. med. chir. di Roma A. 1842.

(3) Della combinaz. della cistotomia ecc. Op. c.

(4) *Baroni Paolo*, Osservaz. sopra alcuni metodi e processi di Litotomia (Mem. dell' Accad. delle Scienze di Bologna VI 121). — *Berruti Luigi*, Sui metodi e sui principali processi operativi della litotomia maschile e femminile. Torino 1867 II ed.

(5) Lez. cit. II P. I 347.

portanza alla scelta del metodo nella cistotomia, mentre vi furono operatori felicissimi che usarono metodi diversi; ei piuttosto crede che la buona riuscita dell'operazione chirurgica dipenda in gran parte *dal togliere possibilmente le complicazioni prodotte dalla presenza del calcolo nella vescica, e dall'usare ogni possibile delicatezza di maneggi nell'esplorazione della vescica e nell'estrazione del calcolo* (1). Ma anche le parole del chirurgo veneziano vanno intese con discrezione: e per vero ei medesimo, pur mostrando di preferire il taglio bilaterale, giovossi dell'alto apparecchio in certo caso, già qui ricordato, nel quale un ascesso apertosi al di sopra del pube additava in certo modo all'operatore la via da battere.

Il Dott. VANDONI nell'altre volte citato Quadro delle operazioni d'alta chirurgia, raccogliendo le operazioni di litotomia eseguite nello spedale Maggiore di Milano ne metteva insieme 181 così distribuiti e con questi risultamenti:

(1) Giorn. Veneto Scien. med. 1862 XIX 98.

CISTOTOMIA

	PROCESSO						
	di Lavaché	operati	90	guariti	67	mort. per 100	25
	di Monro	»	32	»	27	»	15
Nell' uomo	di Bromfield	»	27	»	20	»	25
Metodo laterale	di Frate Cosimo	»	10	»	8	»	20
	di Hawkins	»	3	»	1		
	di Quarin	»	10	»	6		
» retto-vescic.	di Vaccà	»	1	»	0		
» ipogastrico	. . . . . .	»	1	»	0		
» uretrotomia	. . . . . .	»	1	»	1		
Nella donna							
Met. vagino-vesc.	. . . . . .	»	1	»	1		
» della dilataz.	. . . . . .	»	5	»	3	mortal. compl. 26 per. 100	

Ma per giudicare rettamente della rilevanza di un'operazione, dei suoi vantaggj e de' suoi pericoli, per misurare la bontà e sicurezza dei diversi modi con cui la medesima si compie, molte altre circostanze occorre di valutare, oltre il semplice notamento delle volte in cui quella fu adoperata e l'effetto che ne seguiva all'ultimo. Innanzi tutto dalla cistotomia propriamente detta vanno separate le estrazioni di calcoli, che si fanno con mezzi incruenti, o con semplici incisioni nell'uretra o nel perineo: quindi, distinti i varj metodi di cistotomia e le principali loro specie, dovrebbesi tener conto dell'età, del sesso, dello stato di buona o cattiva salute dell'infermo, del volume e del peso del calcolo in relazione all'età ed altre condizioni dell'infermo stesso. Parimente gli esiti dell'operazione dovrebbero essere bilanciati tenendo in vista le predette circostanze e distinguendo naturalmente le morti accidentali dalle altre, che sono l'effetto immediato o molto prossimo dell'azione chirurgica. Un esempio di statistica compilata con tali avvertenze ha dato di recente il Dott. Ciniselli riferendo intorno i calcoli orinarj che si conservano nel Museo d' Anatomia patologica dello Spedale Maggiore di Cremona, relazione già più e più volte ricordata. Nella statistica del Vandoni è tenuto conto di un altro elemento, del tempo cioè di *dimora* nell'ospedale de' soggetti che subirono la cistotomia, e ciò secondo i varj metodi e processi con cui la medesima venne praticata: ma anche quest'elemento, acciocchè abbia giusto valore, dev'essere comparato con tutte le altre condizioni, che si legano all'operato ed all'operazione. Il vario influsso de' luoghi apparirà dalle particolari statistiche, le quali testimonieranno eziandio, accortamente estimate, la valentia dell'operatore, che pur sa vincere o diminuire molteplici difficoltà (1).

La perizia dell'operatore dispensa senza dubbio dal ricorrere ai molti ferri e ordigni, che l'ingegno de' chirurghi e l'industria de' coltellinaj ha più che arricchito, ingombrato l'armamentario con la mente di rendere più spedita e scevra di pericoli la cistotomia; la quale d'altronde perchè non è, generalmente parlando, da ingente necessità comandata dai meno abili ai più provet-

(1) Il Prof. Rizzoli sopra 41 operati nella Clinica chirurgica di Bologna con il metodo mediano, secondo il proprio processo, niuno veramente ne perdeva, poichè i due che morirono dopo parecchi mesi erano già infermi di antica consunzione: la maggior parte di quegli operati (35) erano fanciulli e giovanetti dai 10 ai 15 anni (Collez. Mem. Chir. II 219).

ti può essere affidata. Ma troppo sarebbe il dire che l'operatore, comunque destro, di niun espediente, oltre i più comuni e necessarj, abbisogni per soddisfare a speciali indicazioni. Agli strumenti già indicati aggiungiamo i seguenti perchè tra i molti non debbon andare confusi od ignorati, qualcheduno essendo (siccome il coltellino del Vaccà con l'estremità liscia ed ottusa, il litotomo del Bianchessi (1) che è retto e termina parimente con una linguetta levigatissima non pungente, nè tagliente) semplici ad un tempo e giovevoli; altri per ingegnoso meccanismo più particolarmente singolari, siccome, tra i molti inventati dall'Assalini, l'*attrattore della vescica, il conduttore tagliente e guainato* (2). Il Dott. Francesco Gattei immaginava un litotomo, che si muove quale compasso di proporzione strisciando l'asta o parte retta, sopra un'addizione fatta al manico del siringone, e in pari tempo la parte tagliente di figura semilunare, sulla scannellatura del siringone (3). E prima ancora, cioè fin dal 1821, Giuseppe Solera, chirurgo in Mantova, avea ideato un *algali cistotomo* mediante il quale l'incisione era fatta invece dal di dentro in fuori poichè una lama tagliente spingevasi fuori dalla fessura longitudinale posta nel dorso della sciringa, abbassando l'asta graduata con cui era articolata, e che scorreva dentro la sciringa stessa (4). Il *siringone freccia,* testè proposto dal Prof. Corradi di Firenze, opera in modo consimile, imperocchè la freccia nascosta nella scannellatura del siringone, ne esce fuori tirando il bottone dal fusto che sta dentro il catetere, e col dardo suddetto è congiunto. La freccia trapassa l'uretra ed il perineo, e su di essa, che pure è solcata, è introdotto il coltello e guidato secondo che si voglia. Unendo al manico del catetere una gamba arcuata, lo strumento stesso diviene una specie di compasso o molletta tra le cui branche rimane stretto e fermo il perineo insieme con la prostata ed il collo della vescica: inoltre la gamba aggiunta, che con la sua estremità guarda il coccige, diviene

---

(1) Annali un. di Med. 1832 LXII 335.

(2) Descrizione ed uso dei nuovi strumenti chirurgici. (Palermo 1824 n. X e XI).

(3) Litotomo e processo di Litotomia. Pesaro 1832.

(4) Atti della R. Accad. Virgiliana di Mantova A. 1868. — Rivista di Med. e Chir. Milano 1870 II 56. — Altro consimile strumento venne testè proposto dal Dott. Carlo Turrini (Gaz. med. Prov. Venete 1870 p. 45).

indice del punto del perineo donde escirà la freccia predetta (1). Cotesto siringone del Prof. Corradi ripete il *catetere ectodilatatore* proposto dal Dott. Zaccaria Biagi; il quale anche avvisava prima di lui il Montagna di Verona avere immaginato un catetere dalla cui massima curva esciva un dardo scannellato, che attraverso al perineo faceva guida al litotomo, sebbene poi nel resto i due strumenti fossero affatto diversi (2). Il cistotomo articolato del Loreta può adattarsi alla varia curva del siringone, percorrerne senza sviarsi la scanalatura mercè del bottone bilaterale prossimo alla punta acuminata e tagliente; ed anche può mantenersi, quando si voglia, retto spingendo un'asta metallica, che ferma nel dorso le porzioni articolate (3). Tale strumento fu fatto perchè servire potesse ne' diversi metodi del taglio perineale, e al pari di altri consimili, valesse a dar animo a chi s'accinga novello nell'operare, facendone senza di leggieri la mano addestrata ed esperta della struttura e disposizione delle parti, a cui riesce più spedito di compiere la cistotomia con la sola guida ed il semplice e nudo coltello. Mentre altri ha messo tanto studio nel tenere incanalato e fare scorrere il cistotomo sul dorso del siringone (4), il Ciniselli pratica l'incisione su d'una tenta scanalata nella porzione retta, cilindrica nell'estremità piegata a foggia del becco del percussore di Heurteloup (5). La quale tenta, oltr'esser guida per la cistotomia, ed utilissima per avvicinare al perineo le parti da incidersi, mentre che allontana e difende, abbassando la prostata, l'intestino retto, serve assai bene per esplorare la vescica ed avvertire la presenza di pietre anche piccolissime (6). Il Prof. Borro di Geno-

---

(1) L'Imparziale A. X p. 417. — *Felici Luigi*. Di una nuova operazione di pietra vescicale eseguita col nuovo metodo del Prof. Giuseppe Corradi (L'Ippocratico 1870. — Rivista di Medic. e di Chir. 1871 p. 64).

(2) Ann. un. Med. 1847 CXXII 241.

(3) Rivista clin. di Bologna 1869 p. 132. — *Casati L.*, Brevi considerazioni sul nuovo cistotomo del Prof. Loreta (L'Ippocratico 1870 XVII 318).

(4) Vedi per ciò anche gli strumenti proposti dal De Marchi (Giorn. per servire alla storia della Medic. 1794 IX P. II 117), dall'Anderlini (Descrizione d'un nuovo siringone-fenestrato per fare il taglio della vescica ed estrarre con sicurezza e facilita il calcolo umano. Loreto 1795), dal Casaccio (Filiatre Sebezio 1847 XXXIII 151) ecc.

(5) Ann. un. Med. 1848 CXXVII 449.

(6) *Monteverdi*, La cistotomia eseguita colla tenta vescicale del Cav. Dott. Ciniselli (Ivi 1868 CCII 598). — Il Prof. Rizzoli per la diagnosi dei calcoli vescicali, ed anche de' più piccoli, ha pure proposto una particolare siringa d'acciajo massiccia (Collez. Mem. chir. II 432).

va proponeva in luogo del noto strumento di Frate Cosimo, un'altro litotomo nascosto a guaina da lui immaginato e raccomandato come più sicuramente maneggiabile (1). Parimente al Prof. Landi piacque di variare il cistotomo dell'Eremita francese facendolo terminare in un lungo bottone simile a quello dell'erniotomo sbrigliatore di Cooper: ma più che di questa mutazione il Professore pisano è meritevole per lo studio speso nel rendere più razionale l'uso del catetere scanalato, in cui più specialmente è riposto tutto il magistero della cistotomia perineale. Per ottenere la massima precisione ed esattezza nei molti esperimenti instituiti sul cadavere, egli metteva per moderatore del catetere e del cistotomo il quadrante posto sulla linea perpendicolare al diametro retto, od antero-posteriore dello stretto superiore. Quando la porzione retta del catetere indica sul quadrante un angolo di 70 a 75 gradi si hanno in vescica da 21 a 30 millimetri di porzione della lama tagliente del litotomo di Frate Cosimo; e quando tenute ferme queste porzioni del tagliente, la lama venga sguainata al n. 9, e lo strumento venga ritirato dalla vescica, segnando il suo manico sul quadrante da 140 a 145 gradi, la risultante ferita del collo della vescica e della prostata è sufficiente a permettere l'estrazione di un calcolo di mediocre volume. Conviene l'autore che è impossibile mettere a profitto il quadrante sul vivo, ed a quest' impossibilità bisogna supplire coll'esercizio sul cadavere, unico espediente che possa addestrare il tatto e la vista fino al punto che poi la frequente ripetizione di quei movimenti regolari ed aggiustati del catetere e del litotomo stabilisca quasi una legge di abitudine in chi li opera (2).

Gli accidenti o gravi complicanze della cistotomia, oltre che nei Trattati generali, vennero anche in lavori speciali studiati per antivenirli, ovvero per provvedervi se sorgano inaspettati, o in niun modo siano evitabili. Sopra lo spasmo della vescica nell' uretro-cisto-litotomia scrisse il Riberi, narrando pure il caso d'un calcolo che stava ancora in parte nascosto nell'uretere, e ch'ei nondimeno potè svellere traendolo forzatamente con le tanaglie (3). Lo stesso Riberi ha

(1) Considerazioni sull'operazione della pietra e proposta d' un nuovo litotomo nascosto. Genova 1863. — Siringone litotomo: nuovo istrumento per l'operazione della pietra. Genova 1869.

(2) Lo Sperimentale 1862 X 3.

(3) Repert. med. chir. di Piemonte A. 1837.

pure notato certa rara anomalia della prostata, per la quale questa ghiandola, senza precedente malattia, senza intumescenza od altro vizio come suol dirsi organico acquisito, avea una delle sue metà picolissima: cadendo tale anomalia nel lato sinistro la cistotomia lateralizzata, come ben s'intende, può riescire pericolosissima (1). Delle pietre saccate scrissero due dissertazioni il Dott. Asson (2), e il Dott. Minich (3), nelle quali v'hanno fatti non comuni e buoni suggerimenti pratici: anche il Prof. Rizzoli tocca quest'argomento, discorrendo del suo processo di litotomia mediana, a proposito d'un calcolo alquanto grosso saccato nella parete anteriore della vescica, trovato in un fanciullo sottoposto alla operazione per altro calcolo formatosi nella prostata. Un caso importante di calcolo orinario in vescica bifida è stato illustrato dal Dott. Angelo Scarenzio (4). Nella precitata *Osservazione ed Esposizione d'una nuova maniera di ridurre in pezzi la pietra in vescica* il Dott. De Marchi aggiungeva in una nota di aver veduto un uomo di 68 anni, pietrante da due anni, a cui il calcolo si nicchiava in un diverticolo nel fondo della vescica, la quale nei conati per orinare si dirigeva contro l'intestino retto in modo da protenderlo fuori dell'ano; così che il tumore, che n'usciva, formato insieme con l'intestino suddetto della vescica e della pietra, avea il diametro di un pollice e mezzo e con qualche difficoltà rientrava (5).

Esempj di calcoli enormi abbiamo già accennati parlando dei varj metodi di cistotomia, e della trapanazione o trituramento che a questa va combinato: abbiasi non per tanto il ricordo di questi altri due che sono veramente smisurati, e che furono levati dalla vescica soltanto dopo la morte de' pazienti. L'uno è serbato nel Museo anatomo-patologico di Pisa: pesa 39 oncie, ed ha il diametro nella maggior circonferenza di 13 pollici parigini, e nella minore di 11; somiglia nella figura al cervello umano (6). L'altro ha pure forma globo-

---

(1) Ivi. Op. Minori I 106.

(2) Giorn. Veneto Scien. med. 1850 I 110.

(3) Atti dell'Istit. Veneto 1861 T. VII. — Giorn. Veneto Scien. med. 1862 XIX 81.

(4) Ann. un. Med. 1860 CLXXIV 531.

(5) Giorn. per servire alla Storia della Med. Venezia 1799 XII P. I 396.

(6) *Targioni Tozzetti*, Raccolta di Osserv. med. Firenze 1752 p. 121. — *Bucci*, Lezioni cit. p. 245.

sa, con due solchi ai lati in corrispondenza degli ureteri ; pesa oltre le 5 libbre! e trovasi nel Museo chirurgico di Parma (1).

Sul miglior modo di prender la pietra in vescica scrisse il Dott. Andrea Campana fortunato litotomista veneziano. Raccomandava esso, come precetto generale, di abbrancare la pietra, anzi che pel diametro minore, pel maggiore, imperciocchè in tal modo il corpo riducesi alla forma conica, e la stessa tanaglia facendo l'uffizio di dilatatore ne agevola l'uscita: presa invece pel diametro minore diviene un corpo angoloso che male esce, e nell'uscire lacera ed offende le parti (2). Ma veramente come faceva osservare il Signoroni, tale maniera di presa se è utile per le pietre irregolari piatte e per le triangolari, non sarebbe conveniente per le altre di forma ovale, piriforme, cilindrica ecc. che meglio giova prendere per la grossezza, il diametro maggiore restando parallelo alla lunghezza delle branche, e perciò incapace di offendere la ferita (3). D'altronde non sempre il chirurgo per l'angustia dello spazio potrà dirigere le branche della tanaglia secondo che converrebbe alla figura della pietra, ma è costretto di abbrancarla per quel diametro che l'accidentale sua posizione nella vescica consente: di quest'argomento anche il Monteggia discorreva con il solito suo pratico discernimento (4).

Ora alcune parole intorno l'estrazione de' calcoli dalla vescica della donna.

Noi abbiamo veduto come non raro sia il caso che grossi calcoli vengano espulsi spontaneamente dalla vescica muliebre per le vie naturali, le quali non ne sono perciò lacerate, ma soltànto, secondo che abbisogna, ampliate. Quest'atto naturale venne imitato dall'arte, che con diversi strumenti volle appunto ottenere poco per volta o subitaneamente quella dilatazione, che è necessaria per giunge-

---

(1) Atti del Congresso di Milano A. 1844. — Nella raccolta di Osservazioni mediche pratiche e chirurgiche di valenti clinici italiani pubblicata dal Dott. Angeli (Imola 1793 Oss. XXXIV) si legge che una pietra del peso di oncie diecinove e sei ottave fu trovata dal Dott. Francesco Foschini di Ravenna nella sezione del cadavere d'un vecchio, che per 36 anni l'avea patita.

(2) Osserv. sul miglior modo di prender la pietra in vescica. Venezia 1821. — Ann. un. med. 1822 XXIII 318, 408.

(3) Ann. sud. XXII 75.

(4) Cap. XII §. 1560.

re a toccare la pietra, afferrarla ed estrarla. Nel passato secolo questa pratica fu molto in uso (1). Fenaroli e Masotti inventarono due dilatatori a tre branche: quello del Masotti molto più composto dell'altro, doveva ancora servire a prendere la pietra avendo nel fine di ciascuna branca dei denti (2). Giovanni Bonajuti di Venezia, premessa l'opportuna dilatazione potè introdurre nell'uretra l'indice e il medio della mano, ed estrarre dalla vescica, ciò che inutilmente avea tentato con varj strumenti, una pietra ovale assai levigata, grossa come due buone uova di gallina e pesante 14 oncie (3). Questi dilatatori, diceva il Nannoni a proposito de' predetti del Fenaroli e del Masotti, furono messi in uso: ma ancora con essi non si poteva impedire la dilatazione nell'estrazione della pietra, essendo vero, che quantunque l'uretra sia d'una tessitura molto distraibile, ciò non ostante, dopo d'essersi prestata alquanto, le di lei fibre si strappano (4). Noi pure avemmo altrove occasione di metter in vista la grande dilatabilità dell'uretra muliebre, discorrendo di quel caso singolare di otturamento della vagina narrato dal Dott. Utili e di altri consimili (Cap. 81), come anche dell'estrazione de' corpi estranei dalla vescica (Cap. 89): ma insieme avvertimmo che tale facoltà di distrarsi e d'allargarsi ha un limite. Il Dott. Borelli non solo ha richiamato in onore questo metodo, ma anche ha proposto di abolire del tutto la cistotomia nella donna, e d'adottare invece l'estrazione mediante la dilatazione *rapido-progressiva* dell'uretra e del collo della vescica. In conferma della proposta cita tre casi, ed uno particolarmente che si riferisce ad una vergine di 28 anni, alla quale col processo sovraindicato potè

---

(1) Alessandro Catani in 37 operazioni di pietra 18 volte servivasi della dilatazione, traendo fuori anche calcoli di molto volume, uno ad esempio del peso di 15 oncie, un altro di 13 (?), senza che ne seguissero notabili accidenti, e neppure permanesse la incontinenza (Il litotomo in pratica p. 186, 112, 264. Venezia 1766) Anche Girolamo Marini nelle donne adulte e nelle giovinette di oltre dodici anni non servivasi che della dilatazione (Pratica delle principali e più difficili operazioni p. 99).

(2) *Masotti Dom.*, Lettera sopra gl'instrumenti necessarj per la litotomia nelle donne. Firenze 1756. — La litotomia delle donne perfezionata. Firenze 1763. In questo secondo opuscolo il Masotti aggiungeva quattro storie di pietre estratte dalla vescica con la dilatazione alle altre esposte nel primo; ed in pari tempo faceva conoscere come mercè dell'opera di Fra Giovanni Poggi Servita di Firenze, il suo dilatatorio era divenuto insieme una tanaglia.

(3) *Orteschi*, Giorn. di Med. 1769 VII 163.

(4) Trat. di Chir. 2ª Ed. II 263.

estrarre un calcolo la cui maggior circonferenza era di 17 centimetri. Sussegui emorragia che durò due giorni in conseguenza delle *lacerazioni subìte dall'uretra:* l'enuresi non cessò che dopo 36 giorni (1). Lo stesso Borelli poi qualche anno prima, dovendo operare una bambina piccola e rattrappita, sebbene avesse già adoprata altre volte la dilatazione, nondimeno da buon pratico prescelse l'uretro-cistotomia, anzi incidendo il raggio superiore uretrale e i due obliqui inferiori, e facendo incisioni piccole all' interno, più lunghe all'esterno, estrasse un calcolo grosso quanto una noce (2). Valga insomma convenientemente adattato il precetto del nostro Alghisi: «Se la pietra si riconosca di soverchio grossa, sicchè a trarla fuori intera, possa fare una gran lacerazione, si cercherà per quanto si può, di romperla; ma in caso che non si possa romperla, sarà necessario ricorrere all'espediente di tagliare un poco all' imboccatura dell'uretra (3)».

Il Vaccà, mentre attendeva a sostituire il suo nuovo processo della cistotomia mediana al taglio retto-vescicale nell' uomo, variava altresì il metodo vagino-cistico. Anzi che servirsi del siringone, dilatava la vescica injettandovi acqua tiepida, e, tenendo difeso il muso di tinca e la parete posteriore della vagina per mezzo d'una cucchiaja, spingeva un bistorino retto al di là del collo della vescica e da fuori in dentro tagliava per poche linee la stessa vescica (4). Lo Scarpa approvava il nuovo processo, ma avrebbe voluto, che in luogo del retto fosse adoprato il bistorino alquanto ricurvo nella punta (5). Ciò forse spinse il Menici ad immaginare il suo litotomo curvo, la cui punta esce e si nasconde secondo che aggrada, e col quale il taglio s'avrebbe potuto fare anche dal di dietro in avanti (6): ma lo strumento, al pari di tanti altri, più presto cadde nell'oblio che esser provato. Il processo di Vaccà sebbene sperimentato utilmente da parecchi (7), venne messo da parte, preferendo all' injezione non sem-

(1) Raccolta di Osserv. 1867 II 477.

(2) Ivi p. 330.

(3) Litotomia Cap. XVIII.

(4) Della litotomia nei due sessi p. 84.

(5) Lettera al Prof. Vaccà sul nuovo metodo d'estrar la pietra ecc.

(6) Mem. su d'un nuovo strumento per eseguire la litotomia nella donna. Pisa 1827.

(7) *Giorgi Tommaso*, Su d' un' operazione di pietra eseguita col metodo vagino-vescicale (Bullet. Scien. med. Bologna 1836 I. 325).

pre fattibile o non sufficiente a tener distesa la vescica, la guida sicura del siringone (1). Il Dott. Giuseppe Giorgi d'Imola faceva invece l'incisione dell'uretra e del collo della vescica e della vagina di dentro in fuori come appunto farebbesi operando una fistola all'ano (2). Seguendo la stessa idea il Dott. Calza di Verona ideava uno strumento alquanto complicato, che introdotto in vescica per la via dell'uretra, spingendo una molla, tagliava dall'interno all'esterno la doppia parete della vescica e della vagina (3). Processo ed istrumento anche questi che caddero senza imitatori. Il Palamidessi nell'ultima sua scrittura raccomandava, perchè da lui più volte sperimentato facile, spedito ed innocente, il taglio mediano inferiore, ossia trachelo-uretro-vaginale. Sebbene più o meno venisse inciso il collo della vescica, non però ne seguiva incontinenza, o succedendo presto si dileguava (4). Alla sola uretra invece voleva il Rossi di Torino fosse limitato il taglio, preferendo di lacerare qualche poco il collo della vescica con le tanaglie e con il calcolo, piuttosto che inciderlo, parendogli in questo modo di meglio evitare il pericolo dell'enuresi: anzi egli consigliava (tant'era persuaso la ferita comunque piccola dell'orifizio della vescica essere cagione di cotesto accidente) di ricorrere a dirittura, siccome fu detto, all'*epichisteotomia*, od alto apparecchio quando la pietra fosse sì grande che non più bastasse l'incisione laterale dell'uretra ad aprire la via (5). Ed ecco da una parte troppo pauroso giudizio, dall'altra troppo affrettato consiglio. Semplice progetto fu quello che il Dott. De Marco fece al Congresso di Napoli, di penetrare cioè nella vescica, distesa da qualche liquido, per la fossa retto-sciatica, ossia per quello spazio che esiste tra la tuberosità dell'ischio e dell'intestino retto. Pareva a lui che questo metodo fosse a qualunque altro preferibile nella donna (6)! Piuttosto è da por mente al modo di *cistotomia uretro-pubica*, che il Pecchioli immaginò ed eseguì in una giovane ventenne per non ledere il segno materia-

---

(1) *Regnoli*, Sul metodo vagino vescicale per l'estrazione della pietra. Pesaro 1824.

(2) *Vaccà*, Della litotomia ecc. p. 81.

(3) Nuovo processo operatorio per estrarre la pietra dalla vescica orinaria. Verona 1834.

(4) Insegnam. di Chir. prat. Firenze 1869 p. 74.

(5) Elem. de medec. opérat. I 353, 355.

(6) Atti del Congresso di Napoli.

le della verginità. Uno siringone curvo fu introdotto in vescica colla concavità in basso, e la convessità scanalata in alto: con un coltello di lama stretta e smusso percorrendo allora la solcatura del catetere venne incisa la parte superiore dell'uretra e del collo della vescica, estendendo l'incisione anche tra mezzo lo spazio uretro-pubico. Tolto lo siringone lungo l'indice della mano destra quel chirurgo guidò la tanaglia, ed estrasse un calcolo scabro, che pesava quasi 32 grammi: la guarigione fu intiera dopo 25 giorni (1). Finalmente aggiungiamo (nè la notizia, sebbene riguardi un autore del principio del secolo scorso, sarà discara), che Girolamo Marini, mentre che nelle donne adulte, siccome avvertimmo, servivasi per cavar fuori la pietra della dilatazione, nelle bambine adoperava il piccolo apparecchio conformemente che era solito nei fanciulli. Arrivata la pietra, spinta in giù dal dito introdotto nell'ano, nel *perineo*, il taglio si dovea fare un poco obliquo *vicino al labbro della natura alla parte dritta, o a quella che parerà esser più vicina alla pietra* (2).

(*Capo* 93.°)

LITOTRIZIA.

Sebbene la cistotomia nelle mani dei nostri chirurghi non fosse operazione sì grave quanto altrove, nondimeno la litotrizia fu premurosamente accolta, e con molto studio praticata, onde che non tardarono i giudizj e le correzioni intorno gli strumenti primitivi, le riflessioni sull'opportunità dell'operazione, i consigli sui modi più adatti d'eseguirla. Il primo, secondo il Dott. Meneghini autore d'una buona dissertazione sui progressi della Litotripsia in Italia (3), a praticare qualche modificazione a tali strumenti fu il Dott. Canella di

---

(1) Prospetto di operaz. chir. eseguite in un sedicennio. Colle 1847.

(2) Pratica delle principali e più difficili operazioni ecc. p. 203.

(3) Dissert. inaug. Venezia 1837.

Trento, il quale fin dal 1826 corresse lo strumento di Leroy aggiungendo alle due branche una terza per meglio afferrare la pietra. Gli strumenti del Civiale ebbero pure l'anno dopo dal Barovero qualche correzione (1). Al Pecchioli devesi l'invenzione dei trapani senza testa ed a sviluppo, i quali possono variare l'ambito dei loro movimenti dal più piccolo cerchio fino ad uno di 18 linee di diametro (2): Astley Cooper, Travers e Key plaudirono gli strumenti del giovane chirurgo sanese. Più rilevanti ancora furono le modificazioni fatte dal Benvenuti allo strumento del Civiale, a cui combinava una molletta a 4 branche con adatta curvatura (3). Il percussore di Heurteloup fu quindi variato dal Pertusio per rendere più sicura così la presa, come la triturazione del calcolo (4). Benvenuti facendo il percussore a *denti obliqui* liberava il percussore del chirurgo francese dal difetto di non poter cacciar via il tritume della pietra dalle proprie branche (5). Per semplificare ed accelerare l'operazione lo stesso Benvenuti rendeva il suo strumento idoneo a spingere eziandio qualche liquido nella vescica. Perchè poi facilmente potessero venire evacuati i frammenti del calcolo rotto o triturato lo Zarda di Mantova proponeva una particolare sciringa da lui detta *scaricatrice* (6).

I primi a praticare la litotrizia in Italia, cioè dal 1826 a tutto il 1832, furono il Dott. Canella di Trento (7), Bagnasacco di Biella (8), Kruck di Pavia (9), Castellacci di Napoli (10), Baroni di Bologna (11), Fabeni di Padova (12). Nel 1836 il Pacini rispondendo al Roux.

---

(1) Repert. med. chir. di Piemonte A. 1827 p. 201.

(2) Medico-chirurg. Review 1828 1 Nov. n. 19. — Antologia di Firenze 1829 XXXIII 181. Ann. un. med. 1829 XLIX 592.

(3) Memoria presentata all'Istituto di Francia il 4. Feb. 1831.

(4) Lezioni pratiche sulla litotripsia per percussione. Torino 1835.

(5) Giorn. per servire ai progressi della Patologia A. 1837.

(6) Ann. un. med. 1836 LXXIX 58. — Un'altra sciringa evacuatrice è stata recentemente proposta dal Prof. Sante Sillani: è a *doppio imbuto, a doppia corrente, ed in istato di potersi aprire e serrare come i morsi dei percussori* (L'Ippocratico 1865 VIII 109).

(7) *Meneghini*, Diss. cit.

(8) Repert. med. chir. di Piemonte A. 1834.

(9) *Meneghini*, Diss. cit.

(10) Filiatre Sebezio 1831. — Il Severino 1832.

(11) Opusc. della Soc. Med. chir. di Bologna 1833 IX 180.

(12) *Pacini*, Rifless. crit. sullo stato attuale della Chirurgia italiana. Lucca 1832 p. 44.

il quale nella *Gazette Médicale* avea affermato che la litotripsia male accolta in Italia non era stata fatta che una volta a Firenze, poteva già contare 41 di queste operazioni (nè tutte erano) praticate in varie città d' Italia (1). Il vecchio SCARPA neppure fu contrario alla nuova operazione, di cui il CIVIALE mostravagli li strumenti: ei reputavala non di sì estesa applicazione come la cistotomia laterale, ma adattissima a soddisfare le indicazioni di particolari circostanze (2). Una Società Filantropica di Milano affine di promuovere e diffondere tra i Lombardi la litotripsia stabiliva un premio, che venne conferito al Dott. AMBROGIO GHERINI (3). Il BARONI nel 1835 dettò a Roma per tre mesi lezioni teorico-pratiche di litotrizia: al suo zelo, alla sua dottrina, alla molta maestria coronata da felicissima pratica è in gran parte dovuto il rapido propagarsi che d'allora in poi fece in Italia cotesto nuovo compenso del triturare la pietra nella vescica. BARONI fu il primo ad adottare il percussore di HEURTELOUP con le correzioni del SÉGALAS: e quand'anche usasse della litotripsia in casi dove ai più sarebbe parso meglio confacente il taglio, nondimeno seppe far giusta stima della cistotomia; intorno alla quale scrisse lodevolmente, giovandosene del pari con buona fortuna (4). Anche il RIBERI ha merito d'aver contribuito all' incremento della litotrizia in Italia (5). Al BENVENUTI poi, oltre che i mutamenti strumentali di cui è detto, dobbiamo pure il primo lavoro che abbia forma di Trattato (6). Poco dopo il Prof. SANTE SILLANI pubblicava una pregevole dissertazione, la quale, oltre che raccoglieva quanto fino allora sapevasi intorno alla litotrizia, era ricca di fatti ed osservazioni proprie, utili tanto alla parte dottrinale che pratica dell'operazione (7). Passando sopra ad

---

(1) Gazette médicale de Paris A. 1836 n. 34.

(2) *Rigoni*, Notizie comunicate al Prof. Pacini (Ann. un. Med. 1827 XLII 338).

(3) Ivi 1836 LXXX 119.

(4) Cenni sullo stato attuale della Litotripsia (Mem. della Soc. med. chir. di Bologna 1838 I 26).

(5) Primi cenni sulla Litotripsia. Torino 1834. — Nuove osservazioni sulla litotripsia per percussione. Torino 1835 ecc.

(6) Teorie e pratica della Litotrizia. Venezia 1838.

(7) Dissertaz. sulla litotripsia. Fermo 1840 con tav. Il Sillani ha poscia pubblicato altri lavori intorno alla litotrizia, fra i quali una memoria in forma di lettera al Dott. Malagodi per difendere la nuova operazione dalle obbjezioni del Prof. Reina di Catania (Raccoglit. med. di Fano 1845 XV).

altri minori lavori, noteremo, perchè importante, il *Trattato storico e pratico della Litotripsia* dato fuori nel 1853 dal Dott. Ferdinando Santopadre: esposte le nozioni storiche della litotripsia, esposti i diversi metodi colle opportune regole per praticarla, le cautele da usarsi, i perfezionamenti che la medesima ha subito, il valore della medesima nelle diverse complicazioni e rispetto alla cistotomia, l'autore aggiunge le osservazioni proprie ed il sunto delle cose fatte da colleghi nostrani (1). Il Santopadre ha continuato ad occuparsi di quest'argomento, e nel 1858 pubblicava due casi di ascessi del fegato aperti al di fuori, ne' quali i calcoli biliari s' erano incuneati nella parte superiore del seno: ei giudicò miglior partito di giovarsi della litotrizia con lo strumento di Dubowiski nel primo caso, del trilabio col perforatore di Civiale nel secondo (2). Ma, a dir vero, leggendo le due storie non appare bene la necessità del soccorso della litotrizia: in ogni modo l' operazione ebbe amendue le volte buon fine. il Dott. Malagodi di Fano, usando del modesto titolo di Lettere, ha trattato in diversi tempi della litotripsia e di varie quistioni che ad essa si collegano. Nella prima lettera, pubblicata nel Raccoglitore medico di Fano dell'anno 1852, esponeva i risultamenti ottenuti nella sua pratica con quest'operazione, parlava delle varie applicazioni, dei modi di perfezionare la medesima, esaminandone altresì l'origine e l'antichità (3): in altre poi date fuori nello stesso Giornale nel 1858 trattava della siringatura rettilinea, della litotripsia nelle donne incinte, del letto di Jvanchick per la litotrizia, della repulsione de' calcoli arrestati nell'uretra membranosa o nella prostata, di cui già fu cenno al Cap. 90. Più recentemente ancora il valente chirurgo ha scritto un'altra Lettera, ma soltanto per arrecare *dilucidazioni storiche* su la questione se la litotripsia sia o no invenzione italiana (4). Di questa un poco

---

(1) Trat. stor. e prat. della Litotrizia. Fano 1853 con tav.

(2) Raccoglit. med. di Fano 1858 XVIII 258

(3) Nel Poscritto alla Lettera suddetta, pubblicata lo stesso anno nel vol. VI del medesimo Giornale, il Malagodi aggiungeva i risultamenti di altre operazioni di litotrizia da lui praticate, uno schiarimento storico relativo alla pinzetta tricuspidale del Cucci, un altro sulla cannuccia porta uncino per togliere alcuni corpi estranei dalla vescica muliebre, e la proposta di un litotritore uretrale, argomenti de' quali precedentemente fu già discorso. In una seconda Lettera (Raccoglit. med. di Fano 1854 IX 241) è dato il *conto reso* dei calcolosi curati durante l'anno 1853, e sono trattate varie quistioni attinenti alla pratica della litotripsia.

(4) L' Ippocratico 1865 VII.

più innanzi: ora ci piace soltanto di notare, che, sebbene confinato in piccola città sulla spiaggia dell'Adriatico, il Malagodi fin dal 1854 nei Nuovi Annali delle Scienze Naturali di Bologna poteva porgere una statistica di 98 calcolosi da lui curati con la litotrizia, e generalmente con buona fortuna.

A tutte queste opere sta sopra quella che il Porta pubblicava in Milano nel 1859. È un volume in 8° di 400 pag. con 9 tav. in rame, già tradotto in tedesco dallo sventurato Dott. Demme nel 1864. Primieramente ha ricercato nella storia l'origine e le fonti da cui i moderni cavarono l'idea ed i mezzi della litotrizia; quindi tratta metodicamente dell'operazione, de' suoi accidenti ed effetti guardando alle proprie osservazioni ed esperienze, non che richiamando all'uopo quanto scrissero i migliori autori sullo stesso argomento. Nel penultimo capo ha messo in forma di quadro le 110 operazioni di litotrizia da lui eseguite (1), e i risultamenti avuti in confronto con la cistotomia: infine è discorso dell'estrazione dei corpi estranei dalle vie orinarie; capitolo già da noi antecedentemente riferito. Nelle tavole poi sono figurati i principali strumenti, che appartengono alla storia ed all'apparecchio oggi usato per l'operazione: fra questi sonovi due strumenti proprj dell'autore, cioè le mollette uretro-vescicali rette e curve per l'estrazione dei frammenti, e la tanaglia a trapano nell'anteriore Capitolo mentovata. Noi non possiamo andare più oltre nell'esame di questo libro importante, d'altronde ai chirurghi notissimo, perchè con ciò ci addentreremmo nei particolari della litotrizia: soltanto diremo una parola intorno la contrastata quistione dell'antichità della litotrizia, e se la medesima sia invenzione italiana.

Il Porta riepiloga i fatti esposti intorno la storia della Litotrizia a questo modo: In tutti i tempi, salendo alla Scuola d'Alessandria, si sono rotti in vescica i calcoli voluminosi, che non si potevano dopo la cistotomia estrarre interi; come in tutti i tempi fino a noi si è praticata in ambi i sessi l'estrazione dei piccoli calcoli per la via naturale: nel mille l'Arabo Albucasi ha fatto il primo, con appositi istromenti, la litotrizia vescicale ed uretrale senza taglio: e dopo il secolo XV i chirurghi delle varie nazioni hanno atteso incessantemen-

---

(1) Nella traduzione tedesca furono aggiunti altri 23 casi.

te a quest' operazione, usando i metodi della percussione, della schiacciatura e del trapano: e gli ultimi due, mercè la molletta a guaina perforatrice e la molletta a guaina semplice; colla quale l' aretino Ciucci ha dimostrato meglio d' ogni altro, sulla metà del secolo XVII, di essere felicemente riuscito. Ma per l' improprietà dei mentovati istrumenti e l'auge in cui venne la cistotomia nel secolo XVIII si neglesse il primo metodo della rottura, o appena si è osato in qualche caso dai ministri dell'arte e dalle persone profane. Nel secolo XIX, Gruithuisen avendo richiamato di nuovo la litotrizia colla proposta di un apparecchio all'uopo, mosse i Francesi a correggere la molletta a guaina perforatrice, colla quale Civiale il primo a' dì nostri pervenne a triturare la pietra in vescica. Intanto gl' Inglesi aveano ideato delle mollette curve ed Heurteloup avendo esperimentato che un istrumento di tal fatta si prestava a meraviglia, modificò la molletta a becco di Weiss e ne fece il suo percussore curvo; il quale poscia venne riconosciuto come il migliore dei litontritori. Adunque, i moderni non hanno inventato la litotrizia ed i suoi primi istromenti, e neppure eseguito i primi l'operazione; ma essi la richiamarono dall'oblio in cui giaceva . . . . (1). Dalle quali conchiusioni si scorge che il clinico di Pavia ha preso la parola litotrizia nel suo più largo significato: e che (lasciando da parte l'operazione di Albucasi, chè probabilmente non fu che una triturazione di calcolo uretrale, al pari di quella del nostro Benivieni) la prova irrefragabile di essere stata la litotrizia vescicale eseguita nei pazienti con metodo e successo un secolo e mezzo avanti i *litontritisti* moderni ei la trae dal *Promptuarium Chirurgicum* d'Anton Filippo Ciucci d'Arezzo, chirurgo a Macerata dove pure il libro suddetto fu stampato nel 1679 e 1680. Ma altrimenti è da conchiudere, se alla litotrizia si dia significato di distruzione meccanica *della pietra nell' interno della vescica operata per le vie naturali.* Il Prof. Porta non ha potuto vedere il libro del Ciucci perchè assai raro; egli si è fidato del sunto che ne diede il Cittadini, il quale con singolare improntitudine lo ha corrotto ed affatto svisato per quindi conchiudere, che al Ciucci « resterà sempre la gloria di aver adattata la tenacula all'estrazione dei calcoli della

---

(1) Della Litotrizia p. 83.

vescica e di aver mostrato tanta fiducia in questo istrumento per essersi di buon animo egli medesimo assoggettato all'azione del nominato istrumento (1)». Invece il Ciucci si sottomise alla cistotomia, non alla litotrizia: ed il tenaculo tricuspide serviva ad estrarre i calcoli dall'uretra, siccome manifestamente è detto a pag. 144 del *Promptuarium*, ch'io pure ho esaminato. Il Cittadini scriveva a quel modo per *amore di patria*, quasi che la menzogna potesse veramente giovare all'onore della patria e della nazione! Nell' inganno suo ei travolse gli altri, che dopo di lui hanno scritto intorno la storia della litotrizia. Il Malagodi per altro fin dal 1852, in un lungo *poscritto* alla prima Lettera sulla litotrizia, avvertiva la malafede del Cittadini (2); e di nuovo l'avvertiva nel 1865 trattando di proposito la quistione se la litotrizia sia invenzione italiana nelle precitate dilucidazioni storiche. Che se la litotrizia non è invenzione italiana, ned è opera antica ma frutto del nostro secolo, nondimeno gli elementi per conseguirla erano già stati messi innanzi principalmente da autori italiani; tra questi il Malagodi distingue sopra tutti Geremè Santarelli, per avere, prima dell'Amussat, pensata e propagata la sciringatura rettilinea, ed Alfonso Ferri, per aver dato l' idea dei tre rami a perfezionamento del litoprione.

Ma, giova nuovamente notarlo, il Malagodi dà alla voce litotripsia un significato assai più limitato di quello che etimologicamente le spetta; perciocchè, a suo dire essa è non più che la distruzione meccanica della pietra nell' interno della vescica, operata per le vie naturali. In ogni modo la storia della Chirurgia italiana anche in questa parte tiene onorevole posto.

---

(1) Cenni storici sulla Litotrizia (stampati prima nell'Archivio delle Scienze mediche Toscane Giugno 1837, e di nuovo nell'opuscolo *Nuovi processi operatorj* dello stesso Cittadini (Arezzo 1841 p. 13).

(2) Raccoglit. med. di Fano 1852 VI 465. Vi sono riferite per intero i due articoli del libro del Ciucci che riguardano il disputato argomento (De calculo vescicae — De calculo in urethra), non che la figura della *Tenacula tricuspis*.

L'intiero dominio della scienza e dell'arte non è più in mano d'una sola nazione: potè l'Italia nel Medio Evo e nel cinquecento spandere per ogni parte il sapere, perchè allora le condizioni dei tempi e de' popoli erano ben diverse dalle presenti. Il raggio acceso dovea illuminare, il seme gettato dovea dar frutto; e la scienza, superati i confini di paese e di popolo, potè divenire patrimonio universale. Oggi non è più la supremazia d'una volta, ovvero quando vi sia non è più assoluta, ma parziale e temporanea: piuttosto è una nobile gara a niuno chiusa, e nella quale mai cessano i premj perchè sempre v'ha da conquistare. La nostra Chirurgia rinnoverà gli antichi trionfi ogni volta che, fedele alla sua tradizione storica, all'osservazione dei fatti congiunga accortamente l'esperimento, ed i risultamenti di entrambi riconfermi con la pratica di quella filosofia che la celebre Accademia compendiava nel motto *provando e riprovando*.

ADDIZIONI

Capo 4.° p. 23.

Il Dott. ANTONIO CAPPURI di Lucca per consiglio del suo maestro LUIGI GALVANI (il cui nome ei non poteva proferire *senza versar lagrime di sincera riconoscenza)* traduceva ed annotava i «Principia Systematis Chirurgiae hodiernae» di ENRICO CALLISEN: ma l'edizione (Bologna 1796-1802) essendo riescita scorretta, l'autore ne imprese una seconda, proponendosi di aggiungervi quegli utili ritrovati di cui frattanto s'era arricchita la chirurgia. Della nuova opera non usci per altro che un volume, nè di esso è il caso di dire *ab ungue leonem* (1).

Capo 9.° p. 57.

Dell'elettricità come mezzo cauterizzante fu discorso nel Congresso di Firenze dell'anno 1841: il Prof. PIETRO BETTI si sottopose all'esperimento per dimostrare che un elettromotore voltaico produce l'ustione della pelle quand'anche coperta dall'epidermide (2).

Capo 12.° p. 71.

Narra il Prof. PLACIDO PORTAL, senza per altro aggiungere sufficienti particolari anatomici e clinici, di avere felicemente estirpato un'enorme lipoma dalla sommità della fronte di un fanciullo, nato senza cagione manifesta e cresciuto in tre anni (il fanciullo n'avea quattro), in modo d'avere volume doppio di quello della testa (3).

Altro tumore consimile a quello accennato dal Dott. PETRALI (p. 75 nota 2.ª o piuttosto 3.ª) venne descritto dal Dott. PIETRO GHIDELLA, che

---

(1) Commentarj alla celebre chirurgia di Enrico Callisen. Lucca 1821

(2) Atti del Congresso di Firenze. Adunanza del 16 e 27 Settem. 1841 — [illegible] scana 1852 p. 88.

(3) Trat. di Clinica chirurgica. Trapani 1836 I 279

pur l'assomigliava all'integumento umano delle estremità inferiori prese da elefantiasi. Il tumore, che tagliato appariva siccome cotenna, fu tolto poco per volta, cauterizzando sempre le ferite affine di frenare il sangue, le arterie essendo grosse quanto le mammarie (1).

Capo 16.° p. 99.

Il Prof. Rizzoli ha testè discorso d'una particolare specie di *cisti aneurismatica* diversa dall'aneurisma dell'ossa e del periostio dello Scarpa, dai gozzi aneurismatici, che formansi nelle pareti dei grossi vasi, dagli aneurismi in cui metton foce parecchi rami arteriosi. Il sacco aneurismatico, che forma tale cisti, è chiuso da ogni parte, aderente sì ma non incorporato, nè comunicante con il periostio, con le arterie, e con i circonvicini tessuti, nell'interna superficie ricco di vasi. Crede l'autore che tali tumori nascano come le raccolte di sangue, o gli ematoceli che si formano dentro le cisti primitive o secondarie; con questo divario per altro che il sangue uscendo non lentamente e da pochi angustissimi vasellini, ma con forza da una moltitudine di boccuccie, non forma coagulo che basti a chiudere la cisti, bensì la distende e la muta in sacco aneurismatico. In tali cisti il Rizzoli ha sperimentato utile l'agopressione: sopra 4 casi conta già tre guarigioni (2).

Capo 20.° p. 112.

L'allacciatura dell'arteria crurale, a cagione di aneurisma spontaneo formatosi nella parte inferiore dell'arteria, fatta nella parte interna della coscia, un pollice al di sopra del tumore, fu altresì con buona fortuna eseguita dal Prof. Rossi di Torino: publiconne la storia nel 1804 il chirurgo assistente Carlo Mossi (3).

---

(1) Accrescimento e indurimento congenito di figura intestiniforme della cute e del sottoposto tessuto adiposo della parte posteriore del capo. (*Canella*, Giorn. Chir. prat. Trento 1829 VIII 253).

(2) Sull'agopressione in ispecie pel trattamento d'alcune particolari cisti aneurismatiche (Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna 1871 X). Era forse una *cisti aneurismatica* della natura di quelle descritte dal Rizzoli, il *vasto ed oscuro tumore aneurismatico* di cui diede la storia di Dott. Giuseppe Mazza negli Annali universali di Medicina (1855 CLII 600), e del quale fu qui fatto cenno nel Capo 29 p. 162 ?

(3) Bibliothéque italienne. Turin A. XII V 163.

Capo 26.° p. 132.

Legatura della Carotide primitiva (1)

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONE e MOTIVI dell'OPERAZIONE	ESITO	INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE
7 bis	1834	RADAELLI	9 mesi	D.	s.	Tumore sanguigno, che occupava metà del labbro inferiore, della lingua e del pavimento della bocca del medesimo lato.	Senza verun effetto sul tumore.	Giorn. Scien. med. Pavia 1835 II 29.
16 bis	1845	TITOCCI	19	U.	s.	Aneurisma vero	G.	*Metaxà*, Ann. med. chir. 1846 XIII 241.
18 bis	1853	GHERINI	19	U.	d.	Tumore pulsante alla gobba parietale destra da tre mesi: nella gobba stessa eravi una depressione in conseguenza di frattura accaduta 16 anni innanzi: epilessia da parecchi mesi.	M. dopo 6 giorni. — Ernia del cervello attraverso un' erosione della tavola ossea, tumore canceroso sul lobo anteriore dell'emisfero destro.	*Verga*, Rendic. dell'Osped. maggiore di Milano per l'A. 1853. p. 51 — *Barbieri Agostino*. Monografia dell'arteria vertebrale p. 30.
18 ter.	1853	TARAMELLI	35	D.	s.	Tumore pulsante da 6 mesi nella regione temporo-frontale sinistra ed esoftalmo	M. dopo parecchi giorni. — Tumore canceroso aderente alla dura madre, con erosione della tavola ossea.	Ivi.

(1) Il Dott. Agostino Barbieri (Monografia dell'arteria vertebrale ecc. p. 29) ha dato alcuni particolari intorno la legatura della carotide primitiva eseguita nello Spedale maggiore di Milano, accennata dal Vandoni, e quindi indicata nel nostro Prospetto sotto il n. 1. L'operazione fu fatta del gennajo del 1834 dal Dott. Nani: il paziente avea 47 anni, e la carotide allacciata fu la sinistra: dopo 18 giorni il tumore e l'esoftalmo ripresero il volume di prima.

Legatura dell' Iliaca primitiva (Ivi p. 141)

N.	DATA	OPERATORE	ETÀ	SESSO	LATO	CAGIONE e MOTIVI dell'OPERAZIONE	ESITO	FONTI BIBLIOGRAFICHE
4	1861	COSTANTINI	—	U.	s.	Tumore aneurismatico	M. dopo 61 giorni per emorragia della femorale profonda *per il circolo che si era ripristinato per le diramazioni dell' arteria ipogastrica al di fuori del catino con le diramazioni stesse dell' arteria femorale profonda*. La legatura era caduta circa 6 linee sopra il termine dell' iliaca primitiva, la quale per circa un pollice era otturata da grosso e duro coagulo.	*Costantini Giuseppe*, Saggio di alcune rare operazioni. Roma 1870 p. 25.

Ivi p. 140.

L'allacciatura dell'arteria tiroidea superiore sinistra fu pure praticata dal SANTOPADRE in un caso di grave ferita (1): della legatura dell'una o dell'altra tiroidea, superiore od inferiore, come mezzo di cura del gozzo è detto nel Capo 50.

Ivi p. 143.

Per la storia dell'allacciatura de' grossi vasi sanguigni giova ricordare gli esperimenti fatti sulle carotidi de' cani nel principio del secolo scorso dal VALSALVA (2), e verso la fine del medesimo da FRANCESCO BUONAGURELLI di Bibbiena (3). Anche l'ALESSANDRINI legò nel 1828 con buona fortuna in un cavallo ambedue la carotidi primitive (4)

Capo 27.° p. 153.

Il famoso LEONARDO BOTALLO ebbe per fermo niun mezzo essere migliore per fermare il sangue, che spiccia dai vasi feriti, quanto la moderata compressione fatta con la mano; ma poichè questa ha da essere continuata per due, tre, quattro e per fino sei giorni, *homines aliquot esse oportet, qui mutuam operam subministrent, manum interdum in frigidum mergentes* (5). Al caso del GATTINARA di ferita della vena jugulare, o piuttosto dell'arteria carotide, saldata mercè della compressione, fa riscontro quest' altro narrato dal Dott. PIETRO RUGGIERO. «Son pochi anni che io ho veduto cicatrizzata la carotide esterna ad uno speziale di medicina, che delirante, da sè stesso si aveva ferita con un coltello da tavola. Il nostro esperto chirurgo quondam Dott. NICOLÒ FRANCHINI la cica-

---

(1) *Santopadre*, Operazioni di alta Chirurgia. Perugia 1840 p. 14.

(2) *Morgagni*, Epist. anat. XIII 30, 31. In: *Valsalvae*, Op. omn. Venet 1740 I 506 507

(3) *Nannoni Lorenzo*, Trat. di Chir. Siena 1785 II 192.

(4) Novi Comment. Instit. Bonon. 1839 III 19.

(5) De vulneribus sclopetorum Cap. XV. Op. omn. Lugd. Batav. 1660 p. 654

trizzò con la semplice compressione, che fu prolungata per tre giorni e tre notti dalla mano di un assistente, al quale ogni due ore se ne surrogava un altro (1)». Un altro chirurgo napoletano, il Dott. Giuseppe Di Rocco, diè la storia di aneurisma consecutivo a ferita dell'arteria acromiale sinistra guarito mediante la compressione fatta al di sopra del tumore, il quale era già stato aperto, ed era cagione di gravissima emorragia, non avendo la legatura dell' omerale prodotto verun effetto (2).

Capo 29.° p. 164.

Malgrado che il Rizzoli abbia grandemente promosso l' agopressione per la cura degli aneurismi e delle ferite anche di grosse arterie, ei non crede che tale espediente, in qualunque modo adoperato, possa intieramente supplire all'ordinaria legatura, della quale non ha la sicurezza. E però egli vorrebbe che l'agopressione fosse serbata soltanto in alcuni casi speciali, da lui partitamente indicati, di emorragia in conseguenza di ferita o corrosione delle arterie e delle vene; siccome di varici, di piccoli aneurismi, di cisti aneurismatiche (delle quali in queste Addizioni al Capo 16° è detto), od allora che il tronco arterioso da cui sorge l'aneurisma è situato in modo da poter intromettere, senza tagliare i sovrastanti tessuti, l'ago sotto l'arteria, ed aggirarvi il filo nel solito modo (3).

Ivi p. 167.

L' allacciatura o strozzatura sottocutanea dei così detti *tumori erettili* lodata principalmente dall' Erichsen (4), adoprata con buonissimo frutto dal Bottini (5), venne, con pari successo, praticata dal Prof. Lorenzo Bruno in una bambina di 4 mesi, la quale avea grossa angiectasia sul lato destro del collo: ma ei ne variava alquanto il pro-

(1) *Ruggiero Pietro*, Elementi di chirurgia medica. Napoli 1803 II 24.

(2) Filiatre Sebezio 1853 LXVI 210.

(3) Sull' agopressione ecc. Diss. cit.

(4) The Science and Art of Surgery. London 1853 p. 559.

(5) Ann. un. Med. 1870 CCXIII 9.

cesso in guisa che il tumore venisse strozzato tutto all' ingiro metà da ciascun lato mediante il doppio filo condotto a traverso il tumore stesso, fatto ripassare co' suoi capi divisi per i fori già formati, e di bel nuovo fatto uscire a questi vicino (1).

Capo 31.° p. 176.

Il Dott. Ciniselli in un nuovo lavoro ha raccolte tutte le storie di aneurismi dell'aorta toracica curati coll' elettro-puntura acciocchè dallo studio di esse, e mettendo a confronto tra loro il grado dell'alterazione patologica, il modo di operare e l'effetto ottenuto nei singoli casi ottengasi quella pratica utilità che tuttora è desiderata (2). Gioverà qui riferire il Prospetto nel quale lo stesso Ciniselli ha epilogato nelle parti loro principali le storie predette, comprendendovi per altro soltanto i casi nostrani. Di tal guisa meglio verranno messe in vista le cose già da noi esposte, e si aggiungeranno le altre che in proposito vennero, dopo che il Capitolo 31° di questa Storia era stampato, pubblicate

(1) Giorn. dell'Accad. med. chir. di Torino 1873 XLVI 3.

(2) Sugli Aneurismi dell'aorta toracica finora trattati colla Elettro-puntura. Studi (Ann. univ. med. 1870 CCXIV 292).

Aneurismi dell' Aorta toracica operati coll' Elettro-puntura dal 1846 al Luglio 1870.

Numero progressivo in tutta la serie	Numero progressivo nella serie italiana	OSSERVAZIONE	ANEURISMA	SEDUTA	APPARECCHIO	AGHI	CORRENTE	EFFETTI CONSECUTIVI	ESITO	ANNOTAZIONI
1	1	Ciniselli	Secondario esterno di mediocre volume	2 — 1ª	Colonna 30 coppie con acqua salata	2 d'acciajo	Continua - 32 min.	Ulcerazione superficiale.	M. per rottura dell'aneurisma interno	M. 4 mesi e mezzo dopo l' ultima operazione (1).
				dopo 11 giorni — 2ª	Wollaston 10 elementi in 2 serie	4 coperti di vernice	Invertita sugli aghi - 30 min.	Progresso del male		
10	2	»	Intratoracico di volume mediocre	1	Colonna 30 elementi con acqua salata	3 d'acciajo isolati per l' elettricità positiva	Invertita sugli aghi ogni 6-10 minuti - totale minuti 40.	Escare superfic. - miglioramento progressivo	G.	Recidiva dopo 17 mesi (2).
11	3	Pinali, Vanzetti	Secondario esterno voluminoso	2 — 1ª	»	»	Invert. ogni 5-6 min. - totale minuti 25.	Miglioramento	M. per rottura interna	M. 22 giorni dopo l'ultima operazione.-Coagulo nel tumore operato probabilmente, elettrico (3).
				dopo 54 giorni — 2ª	»	»	» totale minuti 40	Progresso del male		

(1) Gaz. med. Lomb. 1847 p. 9. — (2) Gaz. med. Lomb. 1868 p. 361. — (3) Vedi la nota susseguente.

Numero progressivo in tutta la serie	Numero progressivo nella serie italiana	OSSERVAZIONE	ANEURISMA	SEDUTA	APPARECCHIO	AGHI	CORRENTE	EFFETTI CONSECUTIVI	ESITO	ANNOTAZIONI
12	4	PINALI, VANZETTI	Secondario esterno voluminoso	1	Colonna 30 elementi con acqua salata	3 d'acciajo isolati per l' elettricità positiva	Invert. ogni 5-6 minuti - totale minuti 40	Miglioramento	M. per rottura interna	M. dopo 100 giorni (1).
14	5	DE CRISTOFORIS	Intratoracico di volume mediocre	»	»	»	» tot. minuti 46	Miglioramento progressivo	G.	Recidiva dopo 3 mesi (2).
15	6	»	Secondario esterno voluminoso	»	»	4 »	» tot. minuti 56	Miglioramento: indi Progresso del male	M. per emorragia esterna	M. dopo 52 giorni - Emorragia per cangrena prodotta da soverchia distensione - coagulo centrale probabilmente elettrico nel tumore operato (3).
16	7	CINISELLI	»	»	»	» »	» tot. minuti 35	Progresso del male	M. per rottura interna	M. 18 giorni dopo l'operazione. - Aneurisma periferico (4).

(1) Questa e la precedente Osservazione furon pubblicate la prima volta dal Ciniselli ne' predetti *Studj* sotto il n. 11 e 12 — (2) Gaz. med. Lomb. 1870, p. 41, 49. — (3) Ivi p. 281 — (4) Oss. 16ª degli *Studj* cit.

Numero progressivo in tutta la serie	Numero progressivo nella serie italiana	OSSERVAZIONE	ANEURISMA	SEDUTA	APPARECCHIO	AGHI	CORRENTE	EFFETTI CONSECUTIVI	ESITO	ANNOTAZIONI
17	8	De Cristoforis	Intratoracico voluminoso	1	Daniell. - 21 elementi modificati da Barzanò	3 d'acciajo isolati per l' elettricità positiva	Invert. ogni 5-6 minuti - totale minuti 30	Miglioramento pronto notabile	M. per rottura interna	M. 18 giorni dopo l'operazione. - Aneurisma periferico (1).
18	9	Machiavelli	Intratoracico di volume più che mediocre	»	Colonna 30 elementi - con acqua acidulata	» »	» tot. minuti 36	Escare superficiali. Miglioramento pronto progressivo	G.	G. confermata e durevole dopo 9 mesi (2).
19	10	Gamberini e Torri	Intratoracico voluminoso	2 — 1ª	Colonna 30 elementi - con acqua salata	4 »	» tot. minuti 40	Miglioramento progressivo	G.	G. confermata e durevole dopo 8 mesi e mezzo (3).
				dopo 60 giorni — 2ª	»	3 »	» tot. minuti 45			
20	11	De Cristoforis	Intratoracico di volume più che mediocre	1	Daniell. - 21 elementi modificati da Barzanò	» »	» tot. minuti 30	Miglioramento pronto progressivo	G.	Recidivo ed operato 4 mesi dopo la 1ª operazione (n. 14 e 5). - Seconda guari-

(1) Gaz. med. Lomb. 1870 p 284. — (2) Ivi p. 297. — (3) Rivista med. chir. 1870 p. 316.

Numero progressivo in tutta la serie	Numero progressivo nella serie italiana	OSSERVAZIONE	ANEURISMA	SEDUTA	APPARECCHIO	AGHI	CORRENTE	EFFETTI CONSECUTIVI	ESITO	ANNOTAZIONI
										gione confermata e durevole dopo 8 mesi, 1 anno dopo la prima (1).
21	12	CINISELLI	Secondario esterno di volume mediocre	4 — 1ª	Bunsen 1 elemento	1 d'acciajo	Continua negativa	Escare penetranti nel tumore - reazione generale e locale flemmonosa - emorragia	M. per emorragia esterna	Recidivo (n. 10 e 2): operato 20 mesi dopo la 1ª operazione e sotto l'anestesia - Emorragia consecutiva a cangrena prodotta da distensione. - Morte dopo 42 giorni - Coagulo elettrico nel tumore operato (2).
				dopo 1 g. 2ª	» 2 elem.	4 - 3 ossid. 1 lucid.	Continua minuti 15			
				» 8 g. 3ª	» »	» infissi nelle escare	»			
				» » 4ª	» »	» »	»			

(1) *Gaz. med. Lomb.* 1870 — (2) Osserv. 21ª degli *Studi*, cit.

Numero progressivo in tutta la serie	Numero progressivo nella serie Italiana	OSSERVAZIONE	ANEURISMA	SEDUTA	APPARECCHIO	AGHI	CORRENTE	EFFETTI CONSECUTIVI	ESITO	ANNOTAZIONI
22	13	MAZZUCCHELLI e PORTA	Secondario esterno di volume mediocre	4 — 1ª	Bunsen - 1 elemento	1 d'acciajo	Continua negativa.	Escare penetranti nel tumore — reazione generale e locale flemmonosa - emorragia	M. per emorragia esterna	Emorragia causata dal distacco delle escare; morte 10 giorni dopo l'operazione - Coagulo centrale di cui mancano i caratteri (1).
				dopo 1 g. 2ª	» 2 elem.	4 - 3 ossid. 1 lucido	Continua - minuti 15			
				» 3 » 3ª	» »	4 infissi nelle escare	»			
				» » 4ª	» »	» »	»			
23	14	BACCELLI e BRUNELLI	Intratoracico di volume mediocre	1	A bisolfato e cloruro di piombo e bisolfato di mercurio - 30 elementi	3 - isolati per l'elettricità positiva	Invertita ogni 5 minuti	Miglioramento pronto e progressivo	G	G. confermata e durevole dopo 4 mesi (2).

(1) Riv. med. chir. 1870 p. 359. — (2) Archivio med. chir. di Roma 1870.

Il Ciniselli epilogando quindi l'anzidetto Prospetto fa notare, che mentre tutti i tumori aneurismatici dell'aorta toracica curati nel ventennio 1846-66 con l'elettro-puntura adoprata in varj modi e senza regole precise, finirono (meno uno, il quale divenne solido e intorno il quale non si ebbero posteriori notizie) nella morte: miglior sorte ebbero nel biennio 1868-70 i tredici aneurismi de' quali sei secondarj esterni e sette primitivi intratoracici, curati parimente con l'elettricismatura, ma in quella forma e con quelle avvertenze che la scienza e l'esperienza mano a mano aveano stabilito. In tutti l'operazione si mostrò innocua: in uno solo degli aneurismi secondarj esterni sembrò inefficace, negli altri 5 fu seguita da effetto salutare più o meno rilevante e di varia durata. La morte avvenuta è da attribuirsi in tutti ai progressi del male, pel quale ebbe luogo la rottura dell'aneurisma interno o del tumore esterno; la necroscopia dimostrò la presenza del coagulo elettrico caratteristico in due casi, ed un caagulo probabilmente della stessa specie in altri due. Negli aneurismi rinchiusi nella cavità del petto, sebbene alcuni avessero raggiunto ragguardevole volume, l'operazione, oltre che in essi pure innocua, fu seguita in tutti da pronto e progressivo miglioramento: uno solo degli operati morì per rottura dell'aneurisma, gli altri 6 guarirono consolidandosi il tumore: in due per altro di questi il male recidivò dopo 3 e dopo 17 mesi, negli altri 4 la guarigione mantenevasi ferma dopo 4, 8 e 9 mesi. Il qual termine per altro non parrà sufficientemente lungo per rimuovere qualsiasi timore di recidiva, subito che questa avvenne anche dopo quasi un anno e mezzo. Nulladimeno non dobbiamo con l'elettricità essere maggiormente severi che con gli altri mezzi di cura; i quali, come che non tolgano assolutamente che il male scacciato ritorni, sono pur da noi tenuti in molto pregio ogni volta che valgano a metter freno al morbo gravissimo, nè per altra guisa rimediabile: e ciò è appunto degli aneurismi dell'aorta toracica. La guarigione di questi succede come negli aneurismi esterni, per mezzo del *coagulo elettrico*, il quale ha principio nell'atto dell'operazione, e poco a poco aumentando occupa il sacco aneurismatico, e ne fa un tumore solido di minor volume e persistente. Ma perchè ciò succeda fa d'uopo che la malattia abbia certo *grado* e *forma* ossia speciali indicazioni, e del pari che l'operazione sia *debitamente* fatta, ciò che importa un buon apparato elettro-motore, adatti aghi, e una ben misurata corrente: tutti questi particolari nel-

l'opuscolo del Dott. Ciniselli sono partitamente studiati e definiti. Finalmente non senza piacere vogliamo ricordare che mentre nel ventennio, direbbesi di preparazione all'uso razionale dell'elettricità nella cura degli aneurismi aortici, su 9 operatori uno solo era italiano; nel biennio successivo, 1866-68, nel quale cominciò appunto la pratica scientifica dell'elettro-puntura in tale specie di morbi, 13 delle 14 prove fatte debbonsi ai nostri medici e chirurghi.

Capo 32.° p. 178.

Il Prof. Giuseppe Corradi in un caso di varice aneurismatica poplitea prodotta da ferita da arma da fuoco, provata indarno la flessione forzata coadjuvata dalla compressione indiretta, ottenne stabile guarigione legando l'arteria satellite sopra e sotto il luogo dell'accidentale sua apertura, superato il pericolo di grave emorragia, per altro spontaneamente fermatasi, nella nona giornata. Il Prof. Corradi preferisce di chiamare la morbosa comunicazione fra arteria e vena, piuttosto che varice aneurismatica, *vena aneurismatica;* perciocchè la *varicosità* non è elemento essenziale di tale specie di male, bensì un accidente, o complicazione (1).

Capo 34.° p. 185.

Ai varj modi di cura delle varici a suo luogo indicati può aggiungersi anche l'altro dello *schiacciamento lineare.* Il Dott. Giovanni Rota in una dissertazione inaugurale esponeva cinque casi di varici degli arti inferiori osservati nello spedale civico di Vicenza, e guariti nell'anzidetto modo (2): ma non per ciò dovremo mutare il giudizio, che in generale venne dato intorno la cura radicale delle varici; posciachè l'operazione dello Chassaignac è parte del metodo che mira a guarire la varice troncando la vena.

Circa poi quella specie di sutura attorcigliata fatta sull'ago passato sotto la vena varicosa, che il Pagani sperimentò prima d'adope-

---

(1) L'Imparziale 1870 p. 229. 545, 581.

(2) Padova 1863.

rare la legatura sottocutanea, è dà notare che anche il Velpeau per certo tempo se ne è servito: ma ei questo non fece sapere che nel 1839 (1), cioè quando il Pagani già da tre anni cotale espediente avea messo in pratica, e l'avea provato, siccome provò il celebre chirurgo francese, non abbastanza sicuro per otturare stabilmente le vene (2).

Capo 35.° p. 187.

Il Malagodi, che come dicemmo nel marzo del 1828 recise il nervo ischiatico per rimediare a fiera e pertinace neuralgia tibio-peronea, l'anno appresso pubblicò due storie di nevralgie mascellari, l'una delle quali durava da 7 anni, l'altra da 4, mediante il taglio e la cauterizzazione: per operare la quale, apposto in prima contro l'orifizio esterno del canale dentale inferiore un piccolo imbuto d'acciajo simile a quello descritto dallo Scarpa per la perforazione dell'osso unguis nelle fistole lagrimali, introdusse nell'orifizio stesso uno specillo rovente. Continuò il dolore, più mite, durante la consecutiva infiammazione; poi cessata questa e compita la cicatrice, quello pure intieramente dileguossi (3).

Ivi p. 190.

Il Dott. Mazzoni, persistendo acuto dolore nella pinna nasale dopo che il nervo sottorbitario venne tagliato qualche linea sotto il foro che gli dà escita, recise quel ramo, che, partendo dall'anzidetto nervo sottorbitario subito che vien fuori dal proprio canale, risale verso l'orbita e s'anastomizza col nervo sopratrocleare e nasale interno; e con ciò il dolore fu vinto. Tali ramificazioni e connessioni del nervo sottorbitario agli anatomici notissime, non erano ancora state considerate sotto il punto di vista della chirurgia (4).

---

(1) Nouveaux Eléments de Médec. operat. Paris 1839 II 263. *Des Varices — Méthodes nouvelles.*

(2) Ann. un. Med. 1845 CXIII 292.

(3) Raccoglit. med. di Fano 31 Agosto 1829.

(4) *Bomba Domenico*, Nevralgia sottorbitaria curata con la escisione dal Dott. Costanzo Mazzoni. Roma 1859.

Capo 36.° p. 194.

Un altro esempio di frattura longitudinale della tibia prodotta da un sasso scagliato dall'esplosione d'una mina, è stato riferito dal Dott. Casagrande: in questo caso è pur osservabile la frattura trasversa che comprendeva l'intiero osso e stava sotto la longitudinale, rimanendo nulladimeno illesa la fibola (1).

Ivi p. 195.

Ai casi di rotture dell'ossa prodotte da lievissime cagioni o dal solo sforzo della contrazione muscolare, possono aggiungersi altri due, osservati proprio agli estremi d'un secolo, dal Dott. Sichi di Pistoja (2) e dal Dott. Vigna di Venezia (3): entrambi i chirurghi attribuirono l'insolito effetto alla mala disposizione delle ossa, cioè alla *troppa aridità del tessuto osseo*, *all' osteite rarefaciente.* Ciò nulladimeno non impedì che le fratture nell'uomo curato dal chirurgo toscano, non fossero dopo 40 giorni consolidate.

Capo 38.° p. 203.

Il Minich ha ora scritto di proposito *degli apparecchi inamovibili e dell'estensione permanente* proponendosi « di brevemente scrivere il modo di applicazione degli apparecchi cementati, e di notare anche i loro inconvenienti onde prevenirli (4)». Sostenuto dalla propria esperienza e dalla giudiziosa osservazione della pratica de' più autorevoli chirurghi, dichiara erronei i giudizj assoluti dei detrattori

---

(1) Gaz. med. chir. del Trentino A. 1852 p. 49.

(2) *Orteschi*, Giorn. Med. 1767 V 242. (Frattura del braccio destro, quindi dopo 18 mesi dell'omero sinistro).

(3) Giorn. Veneto Scien. med. 1866 IV 586 (Frattura della scapola e del femore sopra i condili avvenuta nello stesso tempo nell'atto di evitare una caduta).

(4) Atti dell' Istituto Veneto 1871 XVI con fig.

sistematici e dei lodatori esagerati. Oltre che nelle fratture semplici, gli apparecchi inamovibili possono essere utilmente adoprati nelle fratture complicate, nelle resezioni, nelle malattie articolari spontanee o traumatiche. Ma perchè tali espedienti siano veramente giovevoli bisogna coglierne la vera indicazione tanto riguardo alla natura, quanto al grado od alle complicazioni della malattia. E però, ei dice, se le innumerevoli guarigioni ottenute attestano il benefizio dell' immobilità nella cura di molte malattie chirurgiche delle articolazioni e delle ossa; non però bisogna esagerare l' efficacia di tale sussidio e credere che possa servire qualunque sia lo stadio del male qualunque sia la sua estensione e la qualità dell' infermo. Gli apparecchi inamovibili, benchè di varia foggia e variamente composti, sono pur sempre mezzi puramente meccanici, ed in una malattia articolare cronica legata ad un'alterazione generale dell'organismo, non formano che una parte, sebbene la più importante, della cura. E circa gli apparecchi stessi formati col gesso da parecchi stimati di dubbioso vantaggio, e di difficilissima applicazione sui campi di battaglia, il Minich invece li raccomanda affine di risparmiare ai feriti non solo i dolori del trasporto, ma anche per conservare loro delle membra che altrimenti dovrebbero essere tosto staccate: « tuttavia nella cura di queste lesioni negli ospedali militari i bendaggi fissi possono riuscire molto pericolosi nelle mani di chirurghi, che non abbiano acquistato una grande esperienza nel loro uso in tempo di pace. Cessato però lo stadio della reazione, e quindi diminuito il turgore delle parti, ritornano chiare e ben definite le indicazioni già accennate per le applicazioni degli apparecchi permanenti, i quali sono da considerarsi un vero progresso per la chirurgia, qualora siano adoperati convenientemente ».

Capo 40.° p. 215.

La *cassetta* per posarvi l'estremità inferiore fratturata dovendo trasportare gli ammalati negli ospedali ambulanti che seguono gli eserciti, fu ideata dal Dott. Mangin, chirurgo in capo dell'esercito napoletano al tempo di Murat (1).

---

(1) Atti del R. Istituto d'Incoraggiamento alle Scienze naturali. Napoli 1811 I 111 con fig.

Capo 42.° p. 229.

Un osteo-encondroma, grosso quanto la volta del cranio d'un neonato, fu dal Dott. Bottini estirpato a forza di sgorbia e di martello dal costato sinistro d'un uomo, che volgeva all'età matura, nel quale il tumore era cominciato sin dall'infanzia in forma di piccolo, duro e indolente bernoccolo, e così rimasto per molti anni, crescendo poscia improvvisamente a tanta mole. Con l'encondroma venne divelta, perchè con esso saldata, oltre che tutta la porzione cartilaginea della quinta costa, buona parte dell'ossea: prosciugata la ferita *si sentiva come sotto le dita battere la punta del cuore.* La guarigione fu sollecita e perfetta; ma non è detto nella storia come rimanesse quella parte di petto, su cui cadde l'operazione (1).

Ivi p. 231.

Nel Museo di Anatomia patologica di Firenze v'ha un esempio, dice il Prof. Landi che ne diede la descrizione, di necrosi e di lussazione della colonna vertebrale, piuttosto unico forse che raro. Mancanvi i corpi della sesta e settima vertebra dorsale; ma le loro apofisi spinali e articolari, e le lamine vertebrali del lato sinistro sono visibili: da tali vertebre pare incominciasse il male di Pott, donde poi così incurvossi la spina dorsale da riescire quasi paralleli gli estremi di essa, da toccarsi ne' lati i corpi della terza e quarta vertebra con quelli della nona e della decima. Malauguratamente non v'ha anamnesi: sembra per altro debba credersi che il soggetto cui apparteneva questa colonna vertebrale, abbia vissuto in cotesto stato tanto tempo, quanto almeno fu necessario affinchè si stabilisse una falsa articolazione, come si vede, fra i quattro corpi delle anzidette vertebre (2).

---

(1) Ann. un. Med. 1871 CCXV 480.

(2) Gli Spedali e gli Ospizj di Londra. Firenze 1853 p. 297.

Capo 44.° p. 241.

La lussazione dello joide, oltre che dal VALSALVA e dal MOLINELLI, fu osservata nel secolo scorso dal TADDEI chirurgo di Signa in Toscana (1) e dal BORSIERI (2). Nel caso di questo, siccome nei due del MOLINELLI, lo slogamento fu all' indentro e prodotto da una forte compressione sulla parte dinanzi del collo: invece nella donna del chirurgo toscano successe la lussazione o diastasi per la stessa cagione che nell'altra del VALSALVA, cioè per aver voluto trangugiare un grosso pezzo di carne senza masticarlo. In tutti due i casi la riduzione potè farsi facilmente.

Ivi p. 246.

Di due lussazioni iliache primitive del femore sinistro, felicemente ridotte, una dopo 37, l'altra dopo 46 giorni ha pubblicato la storia il Dott. GIROLAMO OPPIZZI, assistente alla clinica chirurgica del Prof. PORTA (3). Il primo caso è specialmente osservabile, per ciò che, sebbene non fosservi impedimenti successivi all' infiammazione, sebbene il cloroformio avesse tolto le contrazioni muscolari, la riduzione non avvenne se non quando all' estensione orizzontale fatta con il polispasto, ed all'estensione verticale mediante un tovagliolo passato sotto la coscia, già inutilmente provate, fu aggiunta la rotazione all' infuori della coscia medesima. Parimente nel secondo caso fu d'uopo usare della flessione forzata perchè il capo articolare, condotto dalla trazione del polispasto presso l'orlo dell' acetabolo, in questa cavità finalmente rientrasse.

Capo 47.° p. 268.

In que' casi di anchilosi angolare in cui non sia sufficiente, o non convenga la tenotomia e la flessione forzata, il Prof. RIZZOLI ha

(1) *Orteschi*, Giorn. di Medic. Venezia 1771 IX 287.
(2) Instit. Medic. pract. III Cap. XVII §. 447.
(3) Gaz. med. Lomb. 1871 p. 101.

utilmente adoprato il suo *osteoclaste* tramutato in macchinetta estensiva, e di forza misurabile mercè ai dinamometri, che le vanno uniti (1).

Ivi p. 271.

Il Prof. Euplio Reina ha pubblicato un altro caso di *chiusura permanente della bocca*, a cagione dell' ingrossamento ed indurimento dei tessuti, che poi rammolliti degenerarono in vasta piaga rodente. Questa sarebbe la varietà maligna o cancerosa di tale specie di morbo, dallo stesso autore considerata effetto del triste connubio della scrofola con la sifilide (2). Ma, lasciando da parte le supposizioni, certo è che accurate indagini etiologiche, osservazioni cliniche ed anatomiche debbon esser fatte per istabilire la natura de' morbi.

Capo 48.° p. 281.

Intorno il conglutinamento dei tendini tagliati e la riproduzione di parte dei medesimi, Monteggia faceva, attenendosi all'osservazione clinica, speciali considerazioni. Vid' egli in un vecchio staccarsi e distruggersi in conseguenza di risipola cangrenosa non pure il tendine d'Achille, ma ancora i tendini de' peronei, quello del tibiale anteriore e tutti gli estensori delle dita: tuttavia l'uomo guarì sì bene che faceva a piedi speditamente alcune miglia. Ma veramente il piede e le dita non aveano conservato che un piccolo movimento, e la gamba ed il piede quasi agivano come in un sol pezzo: e però ei non crede si fosse fatta una reale riproduzione di tendini, siccome pure nel caso citato dal Flajani, nel quale erano rimasti quasi liberi i moti delle dita d'una mano, malgrado che la cangrena avesse consumato i tendini delle dita medesime (3). Per altro il Monteggia non nega assolutamente fra' tendini maggiori qualche riproduzione; piuttosto

---

(1) *Giovanini Antonio*, Trattamento di alcune anchilosi angolari mediante un nuovo meccanismo (Bullet. Scien. med. 1871 XI 165).

(2) *Reina*, Clinica chirurgica della R. Univ. di Catania. Catania 1869 I 30.

(3) *Flajani*, Collez. d'Osserv. III 175 Oss. XLII.

a lui pare che cio non possa succedere nel troncamento de' piccoli; « e la ragione debb'essere che la grossezza stessa dei tendini maggiori tiene allontanata la cellulare circonvicina, onde ha tempo d'incontrarsi ed unirsi la nuova sostanza adesiva analoga germogliante dalle estremità tendinose; mentre nella divisione dei tendini piccoli la pelle, la cellulare e le guaine tra loro si toccano e colle parti sottoposte, e cosí attaccandosi, impediscono l'incontro del trasudamento tendineo proveniente dai due capi divisi ». Poste le quali cose ei riteneva che la cucitura si dovesse sperimentare nelle recenti rotture dei tendini piccoli, non in quelle de' più grossi, nelle quali sarebbe inutile, *sebbene non priva d'esempj di riuscita* (1). Tra questi il Monteggia cita l'esempio dell'Acrel (2); e noi citeremo l'altro nostrano, ed anteriore a quello del chirurgo svedese, di Vincenzo Pasquinelli di Venezia. La ferita andava da un malleolo all'altro, e le labbra ne rimanevano scostate due dita trasverse: nel fare la cucitura, che riescì ottimamente, della corda magna, non ommise il Pasquinelli di verificare, se i tendini erano o no insensibili, e trovò che dolore non era sentito che quando l'ago trafiggeva l'integumento (3).

La chirurgia moderna senza dubbio è ben lungi dall'adoprare la sutura nelle ferite de' tendini, quanto usavasi dai chirurghi del seicento e del settecento; nondimeno ella non fa sua l'esorbitante sentenza del Rognetta, cioè tale operazione essere quando *inutile*, quando *pericolosa* (4). La cucitura dei tendini tenne divisi i nostri chirurghi del medio evo: raccomandavala il Lanfranco (5), condannavala Teodorico (6); e i partigiani del Vescovo di Cervia mano a mano vennero al di sopra, tanto che nel cinquecento l'operazione era generalmente abbandonata parendo altresì *impossibile poter cucire un nervo* (tendine) *interamente tagliato* (7). Ma nel secolo successivo

---

(1) Istituz. chir. Capo III §. 311-322.

(2) Chirurg. Vorfalle in dem. königl. Lazarette in Stockholm und ausserhalb desselben angemerkt. Göttingen 1777 II 373.

(3) Cura d'una ferita fatta nel gran tendine d'Achille (*Orteschi*, Giorn. Medic. 1764 II 300).

(4) Des lésions traumatiques des tendons et de leur traitement (Archives genèr. de Medec. 1834 IV 206).

(5) Practica Tract. I Doctr. III Cap. III.

(6) Cyrurgia Cap. XVI.

(7) *Dalla Croce*, Chirurgia universale. Venezia 1605 p. 108.

tornò nuovamente in riputazione, calorosamente propugnata da Marc' Aurelio Severino (1), e con buona fortuna praticata dai chirurghi della scuola di Padova (2). Il principe poi di essi, Girolamo Fabrizj d' Acquapendente, notava singolare esempio di perfetta conglutinazione d' amendue i tendini achillei tagliati di traverso, senza che l'arte facesse di più che cucire le labbra della ferita e tenere le gambe in opportuna posizione: e però formatosi il callo, siccome nelle ossa rotte, succede che *facultas motrix, quae a nervis procedens, tanquam lumen, influit, per nervosas partes in totum tendinem transmittatur, et ita moveat ut prius* (3).

Circa poi il modo con che i tendini recisi si riuniscono, e riparano la sostanza perduta veggansi i lavori dell' Ercolani (4) e del Bizzozero (5). Quegli ammette che la nuova sostanza tendinea derivi dalla trasformazione dei corpuscoli bianchi del sangue, che grandemente abbondano nel coagulo o grumo (plasma o blastema degli antichi), che formasi tra i capi del tendine reciso; invece il Bizzozero pone che fonte precipua di riproduzione sia il tessuto connettivo lasso circonvicino al tendine tagliato. Il nuovo tessuto poi non sarebbe diverso dal vecchio che per un maggior numero di cellule e per avere meno spiccati e regolari i fasci di fibre connettive.

Capo 49.° p. 288.

Il vecchio Nannoni ci ha lasciato la storia di cangrena sopravvenuta a frattura complicata dell'antibraccio, che produsse il distacco dell'omero e di tutta la scapola, e finì nulladimeno per guarire (6).

---

(1) De nervi praecisi sutura facienda (Chirurg. efficacis P. II C. 123. Francof. 1671 p. 117).

(2) *Veslingius Joh.*, Observ. anat. et postumae Epistolae 73. Hafniae 1664. Obs. 15 p. 90. — *Moinichen*, Observat. medico-chirurg. Hafniae 1665 n. XXIV (Cucitura dei tendini delle dita della mano tagliati da un coltello fatta dal chirurgo Mainardi).

(3) De motu locali animalium secundum totum et primum quidem de Gressu (Op. omn. anat. et physiol. Lugduni Batav. 1738 p. 366).

(4) Osserv. sulla struttura normale, e sulle alterazioni patologiche del tessuto fibroso (Mem. dell'Accad. delle Scien. di Bologna 1865 V 237.

(5) Sul processo di cicatrizzazione dei tendini tagliati (Ann. un. Med. 1868 CCIII 105).

(6) Memorie di chirurgia per servire alla formazione del Secondo Tomo del Trattato sopra la semplicità del medicare. Siena 1784 p. 89 Oss. XXIII.

Ivi p. 291.

Il Dott. Angelo Vittadini, amputata ad un uomo ormai settuagenario una gamba caduta in cangrena per essersi otturate le arterie periferiche, tagliava pur l'altra al medesimo vecchio pochi mesi dopo e per la stessa cagione. Amendue le volte in 50 giorni, come che il lembo rimanesse in parte cangrenato, la ferita era chiusa; ed il mutilato godeva già da quasi un anno buona salute, quando fu tolto di vita da repentina emorragia cerebrale. Nè il cuore, nè le arterie del cervello erano offese dalla litiasi, la quale cominciava superiormente dalle arterie ascellari, in basso dalle poplitee, e cresceva scendendo lungo le arterie minori (1). Il Dott. Azzio Caselli ha fatto anche di più, poichè nello stesso giorno amputò l'una e l'altra gamba colpita da *cangrena umida*, prodotta dicesi da *embolismo*, di un vecchio di 73 anni, catarroso, macilento e sbattuto dalla febbre: la doppia operazione fu fatta nello stesso giorno poco sopra la linea che separava la parte viva dalla morta, e che non era distante dalla tuberosità della tibia se non 10 o 15 centimetri. Susseguirono varj accidenti: fra' quali la sporgenza della fibula in uno de' monconi, a cui venne rimediato, ripugnando all'infermo la resezione, con il distruggere il di più dell'osso mediante l'acido nitrico concentrato. Ma finalmente il povero vecchio guarì, e presto potè, incedendo con le ginocchia coperte di cenci, e con l'ajuto di due piccole grucce, andare mendicando all'intorno, e facendo ogni giorno il cammino di due chilometri (2).

Capo 53.° p. 324.

Prima ancora che recidesse porzione dell'appendice ensiforme dello sterno incurvata (3), il Dott. Linoli avea risegato in una fanciullina la sesta costola sinistra cariata: la pleura era aderente alla

---

(1) Gaz. med. Lomb. 1871 p. 173. 181. 189.

(2) Bullet. Scien med. 1871 XI 207.

(3) Ann. un. Med. 1852 CXL 225.

faccia posteriore dell'osso, e quando il polmone, d'altronde sano, rimase scoperto la bambina fu colta da deliquio. Dopo 40 giorni la guarigione era già fatta, ma non più si riprodusse la costa perduta (1). Il Prof. Giuseppe Costantini ad un uomo di media età estirpava tutta l'undecima costola cariata, e l'operato guariva (2). La porzione media della clavicola, caduta in necrosi in un uomo malmenato dalla sifilide fu dall'Asson felicemente risegata (3). La recisione parziale delle costole è operazione assai antica: Celso diceva che quando tra tali ossa siansi formate delle fistole *eo loco costa ab utraque parte praecidenda et eximenda est, ne quid intus corruptum relinquatur* (4). Marc' Aurelio Severino con la recisione combinava l'ustione, appunto perchè ei voleva essere *efficace* medicatore (5). Fabrizio d'Aquapendente invece condannando l'operazione celsiana come *pericolosa* ed *atroce*, proponeva il setone, che oggi direbbesi *filiforme;* cioè traforata la fistola mediante un ago nascosto dentro una cannula curva, se ne dovea condurre al di fuori , perchè dietro di lui gocciassero gli umori, il filo già passato nell'ago predetto (6).

Nel 1824 il Regnoli asportò ad una donna l'estremità superiore dell'omero destro, tenendo un modo di operazione, che molto somiglia, tranne ben s'intende la resezione, ai due primi tempi della disarticolazione omero-scapulare fatta secondo i precetti di Dupuytren. Guariva l'inferma potendo benissimo servirsi dell'antibraccio (7).

Intorno l'amputo-disarticolazione della metà superiore dello sterno fatta dal Pecchioli nel 1837 il Prof. Palamidessi ottenne dallo stesso operatore maggiori particolari. Fatta un'incisione leggermente curva al di sopra dello sterno fino al termine delle articolazioni clavicolo-sternali, un'altra pure trasversa due pollici e mezzo sotto della prima, e congiunta l'una all'altra mediante due incisioni parallele, — «i due lembi cutanei laterali furono dissecati tanto da un lato che dall'altro fino alle cartilagini costo-sternali, e fino all'articola-

(1) Ann. un. Med. 1848 CXXV 588.
(2) *Metaxà*, Ann. med. chir. Roma 1841 VI 290.
(3) Giorn. per servire ai Progressi della Patol. Venezia 1843 IV 157.
(4) De medicina Lib. VII Cap. IV §. 2.
(5) Pyrotechuiae chirurg. Lib. II P. I Cap. LXVIII Francof. 1671 p. 256.
(6) Opera chir. Patavii. 1666 p. 243.
(7) *Palamidessi*, Appendice alle Lezioni di Medicina operatoria del Regnoli p. 378.

zione sterno-clavicolare d'ambedue i lati, allora con coltello curvo sul piatto incisi dall'esterno all'interno quattro cartilagini sternali, e resecato l'osso sul sano, e tolte le di lui connessioni con la clavicola, lo sollevai lambendo la faccia posteriore dell'osso per separarla dal periostio». Poche goccie di sangue escirono dal mediastino: nell'ottava giornata sorse febbre continua remittente che in sei dì tolse di vita l'infermo due settimane dopo la subita operazione (1).

Ivi p. 326.

La resezione della testa del femore e del gran trocantere per cagione di tumor bianco al terzo stadio fu ora eseguita dal Dott. Rizzoli di Bologna: ma il fanciullo operato moriva dopo 12 giorni (2). Lo stesso chirurgo per uguale ragione faceva la completa resezione del ginocchio destro in una ragazzina di 15 anni; la gamba rimaneva *considerevolmente* accorciata, ned ancora quando l'autore ne pubblicava la storia poteva ben giudicarsi dell' esito definitivo dell' operazione (3).

Ivi p. 327.

Monteggia pel primo ha estirpato intieramente il calcagno: « Io ho fatta una volta la disarticolazione di tutto il calcagno affetto da una carie scrofolosa: la dissezione fu laboriosa, ma riuscì bene, in quanto alla località; sebbene la persona sia poi morta da tabe scrofolosa, per la complicazione di altre malattie alcuni mesi dopo (4)». Ried, autore di opera intorno le resezioni giudicata classica, ignorò quanto avea fatto il chirurgo di Milano; anzi confessava di non sapere che il cal-

(1) Op. cit. p. 391.
(2) Rivista clin. di Bologna 1871 p. 145.
(3) Ivi p. 159.
(4) Istit. chir. Cap. XXVIII §. 1875.

cagno fosse mai stato intieramente levato (1); secondo l'Heyfelder, altro riputato autore, il primo ad estirpare cotesto osso del piede sarebbe stato il Robert di Praga nel 1837 (2). Bensì dal Malgaigne il Monteggia non fu dimenticato: ma soggiungendo che sì fatta operazione soltanto nel 1847 era stata rimessa in uso e sottoposta a regole dai chirurghi inglesi nel 1847 (3), lasciava da parte il Signoroni, il quale avea già pubblicato nel 1836 la storia di estirpazione dell'intiero calcagno, guasto da *pedartrocace*, descrivendo altresì il modo dell'operazione. Il clinico di Padova fece un taglio trasversale dal malleolo esterno verso l'interno, e recise il tendine d'Achille presso il punto in cui s'attacca al calcagno; quindi con altra incisione sul lato interno del piede di sotto al malleolo verso lo scafoide potè il calcagno essere disgiunto dall'astragalo, rovesciato in basso e separato eziandio dal cuboide. Sfortunatamente l'operata moriva (4).

Molto più antiche sono le parziali resezioni delle ossa del piede: un bell' esempio se ne legge nelle opere del Severino, il quale secondo il solito adoprò eziandio il cauterio attuale: *facta per cultros ignitos accomodata discussione ulcerum ossium*. Estratta in tal modo porzione dell' astragalo, del calcagno e dello scafoide cariati, guarì il fanciullo; ma nel piede rimase un cavo simile a *bocca di lupo* (5).

La non comune resezione della tuberosità ischiatica cariosa fu testè eseguita dal Prof. Bottini in una giovane donna, a cui tale malanno erasi formato in conseguenza di vasto ascesso, trista reliquia di gravissimo tifo. Fatta un'incisione lunata con la curva all'esterno, e scoperta la branca ischio-pubica, sollevonne mediante un dissecatore periosteo il periostio, ch' esser dovea ingrossato nè ben adeso, fino presso l'acetabolo; altrettanto operò al lato interno, e denudata con la punta dell' indice la superficie posteriore dell' osso, questo rimaneva spogliato fino alla grande incisura ischiatica. Allora venne

---

(1) Die Resectionen der Knochen. Nürnbeng 1847.

(2) Traité des Resections trad. par Boeckel. Paris 1863 p. 140. — La storia per altro dell'osservazione non venne pubblicata che nel 1855 nella *Vierteljahrschrift* di Praga T. XII.

(3) Manuel de Médec. opérat. Paris 1861 p. 243.

(4) Prospetto clinico della Scuola di Chir. prat. dell' Univ. di Padova. Padova 1836 p. 213.

(5) Pyrotechniae chirurg. Cap. IV p. 242.

esso reciso dall'alto al basso dall'innanzi all'indietro mediante la tanaglia del Rizzoli, e divelto dai legamenti torcendovelo sopra alquanto più volte. Dopo quattro mesi la guarigione era compiuta, e dopo un'anno rivedendo il Bottini la sua operata, trovavala in buonissima salute e senz'altro segno nella parte in cui venne fatto il risegamento che *una lunga e soda cicatrice* (1).

Poichè l'Heyfelder ha detto che non v' ha negli Annali della Scienza se non una sola estirpazione autentica d'un coccige cariato, la quale fu fatta da Van Osenoort secondo che riferisce Velpeau (2); merita d'esser ricordato il caso seguente del Palamidessi, quantunque poco avesse da fare il chirurgo. Ad una giovane formossi un vasto ascesso fra l' ischio destro e l' ano, e spontaneamente s'aperse: ma continuando ognora a gemere pus, introdotto il dito nell' ascesso e fino al coccige, con grande sorpresa il Palamidessi sentì quell' osso nudo e quasi staccato. Con la pinzetta e con qualche trazione l'ormai corpo estraneo presto fu cavato fuori nè molto andò che l' antica piaga fistolosa si chiuse (3). Della *pelviotomia* del Galbiati, della *resezione pubica sotto-periostea* proposta dal De Cristoforis invece delle più gravi operazioni ostetriche, diranno gli storici della scienza e dell'arte de' parti. Soltanto qui notiamo che il Regnoli con buona fortuna risegò superficialmente la branca discendente del pube e l'ascendente dell'ischio, sul cui pube erasi impiantata un'*esostosi cartilaginea* in un uomo di 43 anni (4).

Ivi p. 328.

Delle resezioni articolari, che porgono sì largo campo all'industria de' chirurghi, si è particolarmente occupato il Prof. Albanese di Palermo. Egli ha procurato di rimettere in onore la resezione tibiotarsica, per la quale in due casi con buon frutto metteva ad effetto

---

(1) Ann. un. Med. 1861 CCXV 470

(2) Nouveaux Elements de Médec. opérat. Paris 1839 II 641. — *Heyfelder*. Op. c. p 248

(3) Lezioni di Medic. operat. Appendice p. 397.

(4) Nuovo Giorn. de' Letter. di Pisa 1835 XXXI 209.

un suo processo operatorio (1); ed un' altra maniera di risegare l'articolazione scapolo-omerale ha eziandio usato in un caso affine di risparmiare nel taglio il nervo circonflesso, e per lasciare poscia più libero lo scolo delle marcie (2).

Capo 54.° p. 331.

Il Prof. ORSI sezionando il cadavere d'un uomo di 46 anni morto per vizio cardiaco composto, trovava nella metà sinistra dell'osso frontale divaricate in guisa le lamine ossee da formare nella grossezza dell'osso stesso una cavità ellittica, non comunicante co' seni frontali, con il diametro maggiore verticale di 4 centimetri, e con gli altri minori di 3 in 3 centimetri e mezzo: tale cavità conteneva tre cisti sierose grosse circa come una nocciola, e con la parete interna sporgendo notabilmente nella cavità del cranio, formava sulla parte inferiore del lobo anteriore dell'emisfero sinistro del cervello un'infossamento profondo presso a poco un centimetro e mezzo. La sostanza cerebrale per altro nel punto compresso non mostrava sensibili alterazioni microscopiche. Crede il Prof. ORSI che tale cavità siasi formata per cagione di rachitide limitata al cranio ne' primi mesi della vita; alla quale opinione dà forza altresì il fatto che quell'uomo nella prima infanzia sofferse convulsioni epilettiformi, ma poscia, per quarant'anni continui, non diè segno di verun disordine nelle funzioni cerebrali e neppure nella loquela (3).

Ivi p. 335.

Intorno le *lesioni violenti della regione cranica* il Prof. ASSON dettava nello Spedale di Venezia durante l'estate del 1864 buon numero di Lezioni ricche di osservazioni cliniche ed anatomiche: soltanto nel 1869 e nel 1870 vennero esse pubblicate (4).

---

(1) Sulla resezione dell'articolazione tibio-tarsica. Dissert. Palermo 1868.

(2) Gaz. clin. dell' Osped. civ. di Palermo 1870 n. 10.

(3) Gazz. med. Lomb. 1871.

(4) Giorn. Veneto Scien. med. X 241, 394, 586 XI 111, 357, 499, XII 399, 572, XIII 87, 437.

Capo 56.° p. 346.

Merita notazione il tumore descritto dal Penada e da lui osservato in un bambino morto per idrocefalo interno congenito dopo un mese e mezzo di vita. Il tumore era teso, attaccato alla metà circa dell'occipite per mezzo d'un picciuolo, pendeva sulle spalle, e dove era più grosso avea la circonferenza di un piede e due pollici parigini. Compresso non calava, bensì doleva; era livido ed aperto trovossi contenere da due libbre di sangue e diviso pel lungo da una specie di sepimento: la dura madre spinta dall'acqua dell'encefalo, passando per un foro nel quale capiva il dito mignolo, vi scendeva dentro, e facevagli veste (1).

Cap. 58.° p. 374.

Volendo il Dott. Berardo Costantini liberare una donna quinquagenaria da un tumore, da lui detto *canceroso*, che attaccato al palato da più di quarant'anni era cresciuto in modo da riempire la bocca, prescelse di servirsi dell'escisione, e successivamente della cauterizzazione. Ma perchè questa penetrasse tanto addentro quanto la natura del male esigeva, l'autore immaginò di legare un pezzo della pasta di Canquoin contro la volta del palato e di tenervelo fermo. A tal fine mediante la cannula di Belloc conduceva verso le fauci, per la via delle narici, due fili a cui andavan uniti due nastrini, che poi vennero tratti fuori dalla bocca; fatto quindi il taglio, e messa le sostanza caustica su d'un piumacciuolo applicolla alla parte sanguinante, e ve la tenne ferma per un giorno passando sopra il piumacciuolo stesso i nastrini che erano nella bocca, ed annodandone i capi con gli altri de' compagni che pendevano dalle nari. Ripullulò il tumore dopo dieci dì, e fu d'uopo rinnovare il taglio e la cauterizzazione; nè la piccola piaga che rimase si chiuse se non passati cinque mesi, coadjuvando la cura generale (2).

(1) Saggio d'Osserv. e Mem. sopra alcuni fatti riscontrati nell'esercizio della Medicina e dell'Anatomia pratica. Padova 1793 Oss. II.

(2) Bullet. Scien. med. 1871 XI 31.

Ivi p. 375.

Un polipo faringeo grosso come un uovo venne estirpato dal Prof. Giuseppe Corradi e dal Dott. Andrea Gozzini col mezzo della *galvano-caustica-termica* ottenuta dalla pila di Grenet. Circondata la base del tumore con un filo di platino, i cui capi vennero tratti uniti per la narice destra mediante la cannula del Belloc, e quindi strettavela intorno, immergendo e traendo fuori alternativamente la pila dal bagno, dopo 5 minuti il polipo era quasi tutto diviso dalla volta faringea, e dopo altri 5, diminuendo per gradi l'intensità della corrente, lo strumento coll'ansa di filo intatto veniva fuori dalla narice, e per la bocca estratto con le dita il tumore. In poco più d'un mese la guarigione era compiuta (1).

Capo 59.° p. 382.

Il Malagodi intorno l'estirpazione della parotide ha pubblicato una dissertazione, la quale oltre essere erudita, è ricca di fatti clinici, che l'autore traeva dalla propria pratica, ovvero dall' amicizia e dalla cortesia de' colleghi otteneva. Esaminati alquanti casi di estirpazioni di parotidi *non morbose* (2), scende a queste conchiusioni: «L'estirpazione totale della parotide, come parte accessoria ad un tumore sviluppatosi nei tessuti ad essa adiacenti, è portata alla evidenza da fatti incontrastabili. — L'estirpazione totale della parotide, come parte integrale d'un tumore, non è contraddetta dall'anatomia normale che da vincoli superabili dalla chirurgia; è pienamente consentita dall'anatomia patologica per concludenti osservazioni di spostamento dalla sua profonda posizione; ed è dimostrata dalla necroscopia di alcuni soggetti che subirono l'operazione. — Non è più negabile adunque che da mano chirurgica la totale estirpazione della

---

(1) Lo Sperimentale 1871 XXVII 49.

(2) Tra questi, oltre il ben noto del Magri, pone il nuovo caso del Dott. Giovanni Puglioli: *Estirpazione d'un tumore scirroso nella regione parotidea coperto anteriormente dalla parotide sana.*

parotide sull'uomo vivo sia operazione eseguibile, e sia stata eseguita». Ai quattro noti criterj, o prove dimostrative dell'estirpazione della glandola, propone di aggiungere un quinto, e cioè l'esame del condotto stenoniano: «se dopo un'operazione il condotto è pervio, mostra dimensioni normali, e trasporta saliva alla bocca non v'è prova più convincente per escludere l'estirpazione della parotide». Sottoposto a tale esperimento l'operato dal Prof. Paolo Baroni (1), trovossi che dal condotto, il quale avrebbe dovuto essere chiuso od arido per lo meno, continuava a colare la saliva; segno manifesto che ancora certa porzione di glandola rimaneva tuttora attiva. Negli operati invece del Pugliolo e del Marcacci (2), ne' quali per altre ragioni appariva indubitata l'estirpazione perfetta della parotide, la medesima prova riesciva affatto negativa. Ciò pure fu nel giovane a cui il Dott. Zotti tolse un tumore, che con verisimiglianza era la parotide destra; e parimente nel contadino dal Malagodi stesso operato nel quale la lesione della carotide esterna e del nervo facciale, la piena vacuità della fossa parotidea, l'esame anatomico della parte levata d'accordo attestavano che proprio la maggior glandola salivale era stata sradicata. Ma il maggior valore di tale criterio sta nel dimostrare la funzione della parotide, e perciò ancora la presenza di tutta la glandola, o di porzione di essa: può quindi servire eziandio nella diagnosi differenziale de' tumori parotidei. Parlando poi delle difficoltà dell'operazione, il chirurgo di Fano narra essere a lui capitato, volendo estirpare un vasto tumore canceroso nella regione parotidea, di non aver potuto trovare la carotide primitiva, sotto cui voleva condurre un laccio per prevenire grave emorragia, perchè spostata fra l'esofago e la faccia posteriore della trachea. Propenso ad operare, quand'anche il paziente sia ridotto in mal termine, ci dà la storia d'un uomo cachettico, che sopravvisse per un anno all'estirpazione di grossa parotide di *natura scirrosa*, che minacciava ulcerazione e dava dolori acuti e pungenti; nè la morte avvenne perchè il tumore si rifacesse, bensì a cagione di lenta bronchite. Ed a proposito del rinnovamento del male, adduce parecchi fatti per provare che il cancro nella regione parotidea ha, quando pur l'abbia, tarda recidiva

---

(1) Vedi sopra p. 382.

(2) Vedi la nota precedente e p. 381, 382.

almeno nella pluralità de' casi. Cita due specie di tumori assai rari da lui veduti: un tumore formato di concrezioni calcari, non nel condotto escretore, ma nella sostanza della glandola parotide; ed un altro alquanto voluminoso per raccolta di acefalocisti. Il calcolo fu asportato con porzione di glandola: era durissimo, composto per la massima parte di fosfato calcare, di forma irregolare co' diametri di 31, 23 e 16 millimetri. Di concrezioni farinacee nella parotide fece parola, e questo sembra sia il primo cenno in proposito, il Morgagni, notando di aver trovato nel cadavere d'un vecchio piccoli frammenti di sostanza calcinosa, che il tempo avea cangiato in ossea, nell'interno d'una delle parotidi (1). « Materia sabbiosa e granelli terrosi uscirono pure dal tumore parotideo spontaneamente apertosi, di cui il Plater juniore riferisce la storia nel Libro III delle sue *Observationes:* ma di un calcolo grosso dentro la sostanza della parotide non v'ha, secondo l'autore, che l'esempio di Voelker concisamente esposto nel Dizionario classico di Medicina. L'altro fatto di voluminosissima cisti piena d'un numero infinito d'idatidi od echinococchi, è per quel che pare nuovo del tutto. Il tumore fu estirpato, e l'operato, uomo sulla cinquantina, dopo due anni mantenevasi perfettamente sano. In forma d'appendice parla dell'uso delle freccie di Maisonneuve per distruggere questi ed altri tumori: riferisce alcuni casi in cui tali freccie vennero provate, ma conchiude che per tal modo non si hanno che *atroci dolori e gravi pericoli* (2).

Una vasta cisti aneurismatica nella regione parotidea destra ebbe a curare il Prof. Rizzoli: spaccato il tumore, e trattane fuori la massa di sostanza fibrinosa, che per buona parte l'empieva, sboccone tanto sangue e sì impetuosamente, che l'infermo senza fallo sarebbe morto se tosto non fosse stato stretto il laccio prima apposto alla base del tumore stesso. Ma pur raccogliendosi sotto il forte cingolo nuovo sangue, il chirurgo infisse profondamente sette aghi d'argento, e sopra vi fece con robusto cordone stretta legatura: per tal

---

(1) Epist. anat. XI §. 15.

(2) *Malagodi*, Sulla estirpazione della glandola parotide. Memoria. Fano 1871 (Dall'Ippocratico Serie III Vol. XIX). — In fine stanno due storie di estirpazioni di *cancro della parotide*, fatte dal Dott. Antonio Vecelli di Treviso, e due altre di *tumori parotidei* eseguite dal Dott. Luigi Felici.

modo fu tolto qualsiasi pericolo di emorragia, e l'operato benissimo guariva (1).

Capo 60.° p. 386.

La patologia siccome la fisiologia del timo è pur sempre avvolta in molta oscurità. A chiarire la struttura e gli uffiicj di tale glandola attesero il Pozzi, il Caldani, il Picci, e particolarmente il Restelli (2); parimente il Rica (3), il Morgagni (4), il Targioni Tozzetti (5), il Corti (6) raccolsero osservazioni di guasti e malattie della glandola medesima; anzi il primo fin dal 1722, e però più di un secolo prima del Kopp, tenne opinione, all'osservazione anatomica appoggiata, che l'ingrossamento del timo fosse causa di quella forma d'*asma*, che pur dicesi di Millar, od anche *spasmo della glottide*. Ma lasciando da parte ciò che non ha attinenza con la patologia, o ne ha soltanto con la patologia medica, ricorderemo semplicemente due osservazioni (una delle quali è recentissima, l'altra presso che ignota sebbene da oltre trent'anni pubblicata), che in certo modo sono del nostro dominio, perchè complicate a morbi, che si considerano parte della chirurgia. Di fatti nel caso del Dott. Federico Frabboni le glandole del collo erano oltremodo grosse e dure, e ciò era succeduto improvvisamente l'anno innanzi ad un'angina, unica malattia, che, sebbene d'abito scrofoloso, l'inferma avesse in 26 anni patito. Alcune di quelle glandole suppurarono, tutte in breve divennero durissime: niun rimedio giovando il volto e le braccia divennero edematosi, penosissima la respirazione. Nel cadavere trovossi il timo di mole straordinaria, del pe-

---

(1) Sull'Agopressione ecc. Mem. dell'Accad. delle Scien. di Bologna 1871 X Oss. II.

(2) *Putii Josephi*, De thymi structura et usu (Bonon. Instit. Comment. II P. I 148). — *Caldani Floriano*, Congetture sopra l'uso della glandola timo. Venezia 1808. — *Picci Luigi*. Dell'ufficio del timo. Esercitazione anatomico-fisiologia (Comment. dell'Ateneo di Brescia. Brescia 1842). — *Restelli Ant.*, De thymo Observationes anatomico physiologico-pathologicae. Ticini Regii 1845 Diss. inaug.

(3) Constit. epidem. Taurin. III An. 1722 §. LVIII, LIX.

(4) Epist. anat. med. XVII 10.

(5) Raccolta di Opusc. med. prat. Vol. II 99. — L'osservazione è descritta dal Dott Michele Gonnelli, illustrata e commentata dal Targioni.

(6) Notizie sopra l'anatomia e la patologia della ghiandola timo (Giorn. Scien. med. Torino 1840 VIII 322).

so di 4 libbre, cioè un chilogrammo e mezzo circa (1). L' altro caso del Dott. M. L. Faraoni riguarda un giovane di 22 anni, che sin da fanciullo quando a quando avea mostrato di patire difficoltà di respiro: sopravvenutogli un flemmone nel lato sinistro del collo, lento ed irregolare nel corso, la dispnea e gli altri segni di malagevole circolazione crebbero ognor più ed in modo irreparabile. Misurato il timo era lungo 6 centimetri e 5 millimetri, largo 5, grosso 3: con la maggior parte della sua base comprimeva la vena subclavia sinistra, della quale era evidente la stenosi fino all' origine o sbocco della jugulare interna, che era infiammata; infiammati eziandio con materia purulenta i muscoli della parte sinistra del collo. È notabile altresì la copiosa uscita di sangue dal naso, che avvenne quando già da 30 ore era cessata la vita (2).

In un voluminosissimo broncocele con cisti aneurismatica, il predetto Prof. Rizzoli adoprava la compressione digitale e l'agopressione sulla carotide primitiva e l'arteria tiroidea sinistra, dai rami di questa essendo fornito il sangue al tumore: con ciò l'aneurisma quasi intieramente guariva (3).

Capo 61.° p. 397.

Anche il Borsieri narra il caso d'un dente penetrato nella glottide e nella trachea d'una fanciulla, poichè per mala sorte cadde dalla tanaglia del chirurgo, che l'aveva divulso. Dopo molto patire per un mese e mezzo (e la difficoltà di respirare e l'ambascia e la tosse crescevano stando l' inferma supina od in altro modo sdrajata) venne finalmente dopo un mese cacciato fuori il dente, la fanciulla tornò sana come prima (4).

---

(1) Bullet. delle Scien. med. Bologna 1840 IX 260. — Il caso del Frabboni non è stato ricordato dal Friedleben, che è l'autore della più recente e maggior opera interno la glandola timo (Die Physiologie der Thymusdrüse. Frankfurt. A. M. 1858): nondimeno per il patologo tedesco, così difficile ad ammettere l' ingrossamento del timo (nel caso del *Targioni*, ad esempio, ei non vede che un prodotto secondario di Pleuro-pericardite) l' osservazione del medico bolognese era di molta importanza.

(2) Rivista di Medic. e Chir. A. 1871 p. 188.

(3) Sull'agopressione ecc. Mem. dell'Accad. delle Scien. di Bologna 1871 X Oss. IV.

(4) Instit. medic. Cap. XVII §. CCCCXLIX De Angina.

Capo 62.° p. 406.

Il Dott. Giuseppe Cattaneo di Pavia, oltre che ha suggerito ed esso medesimo adoperato uno speciale *apparecchio a fognatura* allorquando occorra di vuotare il petto dello siero o della marcia che dentro vi sia versata (1); ha proposto altresì per la toracentesi capillare, affine d' impedire che l'aria penetri nella cavità della pleura, un trequarti munito nella testa della cannula d'un pezzo d' intestino, che fa l'officio della *camicia di Reybard*, e che per semplicità si distingue fra tutti gli altri strumenti congeneri (2).

E qui viene opportuno di ricordare la *tenta a dardo per le contro-aperture* dell'Assalini; la quale è appunto a guisa d'un catetere da donna aperto nell'apice, dentro cui scorre un' asta scanalata nella parte concava, e con l'estremità superiore armata d'un dardo d'acciajo prismatico triangolare (3).

Capo 64.° p. 418.

In una ferita penetrante nello stomaco con uscita di materie cibarie, triangolare e larga tre centimetri, il Dott. Gaetano Peyrani fece la sutura attorcigliata e tenne l' infermo in conveniente dieta; nel 36° giorno sotto la cicatrice, ormai stabilitasi, formossi un ascesso, che dovette aprirsi: guarigione perfetta dopo tre altre settimane (4).

Capo 65.° p. 431 e 433.

Il Prof. Landi nello *Sperimentale* di quest'anno 1871 ha dato l'intiera storia tanto dell'ovariotomia, quanto della gastrotomia da lui e-

---

(1) Vedi la dissertazione del Prof. Orsi su di un *Caso gravissimo e complicato di empiema sinistro felicemente trattato colla toracentesi* (Gaz. med. Lomb. 1868 n. 51-52; 1869 n. 2-5)

(2) Gaz. med. Lomb. 1871 p. 77, 85.

(3) Descrizione ed uso de' nuovi strumenti chirurgici. Palermo 1824.

(4) Lo Sperimentale 1871 XXVII 41.

seguite alla fine di Marzo dell'anno innanzi, e che allora vennero soltanto accennate in alcuni giornali medici (1).

Gli operati di gastrotomia per interno strozzamento dal Dott. Petrarchi, e dal Prof. Giosuè Marcacci morirono: la stessa sorte ebbe la donna del Prof. Loreta (2); guarì invece l'ernioso cui il prof. Scarenzio entro la fossa iliaca destra, non trovando con il taglio nell'inguine veruna cagione di strozzamento, recise una briglia, che, sotto forma di cordone levigato, cingeva varie anse dell' intestino tenue (3). Quest'è la quarta guarigione ottenuta in simili casi da' nostri chirurghi, se ad essa si uniscono le altre indicate a pag. 433 e 434.

Capo 66.° p. 438.

È importante per la storia della paracentesi e dell' *acus triquetra* il seguente passo di Fabrizio d'Aquapendente, che riguarda il modo di evacuare l'umore dell' idrocefalo: « incisio fiat primum exigua, et demum tanta, ut respondeat exacte cannulae argenteae prius paratae ita ut facta sectione, et cannula immissa, non exeat humor, nisi per cannulam, id quod difficulter non fit, si modo antea cultrum, seu scalpellum, et similiter cannulam sibi invicem magnitudine respondentia paraveris (4)».

Capo 74.° p. 487.

Fra i casi di guarigione di ano preternaturale degni di nota, è pure da mettersi quello consecutivo a ferita dell' intestino colon, del

---

(1) Ivi XXVII, 21 116. — Ora che correggo le bozze del foglio leggo nel numero 29° (22 Luglio 1871 p. 236) della Gazzetta medica di Padova, che il Prof. Francesco Marzolo nello Spedale di Dolo ad una donna di 34 anni estirpava l' ovario sinistro tramutato in cisti molteplici, e pesante circa 20 chilogrammi! L'operata avea già passata la prima settimana in buonissimo stato.

(2) *Concato Luigi*, Alcuni fatti di oppilazione intestinale improvvisa (Rivista clinica di Bologna 1871 Gennaio Caso III).

(3) Rivista di Medic. e di Chirurg. 1871 p. 119. — Il Dott. Linoli nelle precitate *Osservazioni cliniche intorno al volvolo* raccomandò la gastrotomia; ma ei medesimo non ne fece prova.

(4) Opera chir. Patavii 1666 p. 357.

quale il TACCONI dà la storia in calce dell'opuscolo *De raris quibusdam hepatis aliorumque viscerum affectibus observationes* (1). Ciò succedeva nel medesimo infermo, a cui per isfogare la marcia e gli altri umori putridi istagnanti tra i muscoli addominali ed il peritoneo, venne fatto un taglio nella regione lombare, siccome è cenno alla p. 436 del Capo 65.

Capo 78.° p. 509.

Anche PALLUCCI riferiva un caso di fortunata amputazione del pene, guasto da ulceri cancerose, fatta mediante la legatura dal chirurgo FILIPPO DEL RICCIO in S. Maria Nuova: ei per altro dava la preferenza al taglio; e mentre credeva che questo si potesse fare senz'aver bisogno di legare i vasi spermatici, suggeriva una speciale fasciatura per frenare l'emmorragia (2).

Capo 81.° p. 530.

Una donna di 40 anni nell'ospedale di Cremona espulse, con mentiti dolori di parto, dall'utero un grosso calcolo composto di ossifosfato di calce, il cui nucleo era formato da un pezzo di tibia di pollo (3). Da Cremona parimente fu mandato dal SONSIS al celebre suo maestro GIAMPIETRO FRANK un utero, levato dal corpo di una vecchia di 65 anni, che appariva turgido come se fosse gravido a cagione di grosso *osteatoma*, che dentro di sè chiudeva (4).

Capo 83.° p. 546.

Un grossissimo tumore *(sarcoma fasciculato)* pesante 823 grammi, che occupava quasi intieramente la cavità della pelvi, giù

---

(1) Bononiae 1740. — Memorie sopra la fisica e istoria naturale di diversi valentuomini. Lucca 1744 II 353.

(2) Nouvelles remarques sur la lithotomie suivies de plusieurs observationes sur la separation du pénis. Paris 1750 p. 241.

(3) *Brugnatelli*, Litologia 1819 p. 68.

(4) *Frank Joh. Petri*, Opuscula posthuma Pisis. 1825 p. 70.

scendeva in vagina, ed era causa di terribili emorragie, fu dal Prof. Bottini reciso con lo schiacciatore lineare: l'operazione durò mezz'ora, senza che goccia di sangue si perdesse, e ne seguì pienissima guarigione (1).

Capo 85.° p. 562.

Ai precitati casi di estrofia della vescica nel sesso maschile può aggiungersi l'altro osservato dal Riberi, in un giovinetto di 13 anni, il quale avea nulladimeno bene sviluppati i testicoli e prostata (2).

Capo 89.° p. 606.

Nel lungo elenco de' corpi estranei penetrati o introdotti nelle vie orinarie va messo pur questo caso di un cilindro di legno lungo 12 centimetri che un vecchio si spinse fino nella vescica, e sul quale per breve tratto eransi formate concrezioni calcolose: il Prof. Rizzoli l'estrasse benissimo, l'uretra essendo molto ampia, mediante lunga pinzetta (3).

Capo 91.° p. 623.

Pallucci narra d'aver osservato nello spedale di Firenze un uomo, dal cui perineo uscirono in due volte parecchie pietre, e frammenti di pietre, formatosi prima un ascesso, che apertosi e poi rimarginato, di nuovo schiudevasi. Per la via naturalmente fatta altri calcoli furon tratti fuori: ma per quanto si facesse in due mesi dal Tanucci, che n'avea la cura, la piaga questa seconda volta non potè chiudersi (4).

---

(1) Ann. un. Med. 1871 CCXV 475.

(2) Opere minori I 106.

(3) Collez. Mem. chir. Bologna 1869 II 408.

(4) Nouvelles remarques sur la Lithotomie etc. Paris 1750 p. 231.

SOMMARIO

INTRODUZIONE

I. Del Metodo e della Patologia e Terapeutica generale in Chirurgia.

II. Malattie comuni a tutti i tessuti organici: cure ed operazioni relative.

III. Malattie dei diversi tessuti e sistemi organici.

A. Sistema Vascolare

B. Sistema Nervoso

C. Sistema Osseo

IV. Malattie delle regioni, organi ed apparecchi

A. Testa e Spina

B. Collo

C. Petto

D. Addomine e Intestini

E. Genitali Virili

F. Genitali Muliebri

G. Apparecchio Orinario

ADDIZIONI

INDICE

DEGLI AUTORI ITALIANI CITATI

N.B. Il numero romano si riferisce al *Paragrafo* dell' INTRODUZIONE, l'arabico al *Capo* del COMMENTARIO: nello stesso Paragrafo o Capo il medesimo Autore può essere più volte citato.

La lettera A precede i numeri dei *Capi* che fanno parte delle ADDIZIONI

ERRORI	CORREZIONI
p. XXV l. 17 spesso insiguiti	spesso insigniti
» 5 » 31 contiene e i germi	contiene i germi
» 24 » 26 punto convenzionale di potenza	punto convenzionale di partenza
» 25 » 19 v'hanno pure buone idee	v' hanno buone idee
» 26 » 16 appena iniziati	appena iniziata
» 37 » 35 1848 CCXVIII 49.	1848 CXXVIII 449.
» 38 » 5 nello stesso modo che ne fu disgiunta la septicoemia con essa per lo innanzi confusa.	i quali mano a mano se ne staccheranno, nello stesso modo che ne fu disgiunta la septicoemia con la stessa pioemia per lo innanzi confusa.
» » » 30 I risultati dell'anatomia patologica	I trovati dell'anatomia patologica
» 39 » 6 Lorenzo Capparelli	Leonzio Capparelli
» 42 » 29 e sull'economica	e sull' economia
» 46 » 19 Castellani	Castellacci
» 47 » 32 Callegori	Callegari
» 48 » 30 p. 35, 46. Se ne aggiunsero	p. 35, 46), se ne aggiunsero
» 62 » 34 nel 1857.	nel 1867.
» 63 » 8 dover con maggior attenzione	doversi con maggior attenzione
» 68 » 5 purchè una proposizione	perchè una proposizione
» 73 » 32 Lodovico Guitti	Eliodoro Guitti
» 75 » 23 Gaetano Bey	Gaetani Bey (*)
» 79 » 27 per spiegare	per ispiegare
» 80 » 33 Bergamo 1817	Bergamo 1816
» 95 » 18 la chiusura di questa	la chiusura del vaso.
» 95 » 19 si può conseguire	può conseguire
» 99 » 9 l'angioma generalmente congenita	l'angioma generalmente congenito
» 99 » 30 Peason	Pearson
» 100 » 22 Castiglioni e Rossi	Castiglioni e De Rossi
» 101 » 6 ha tale dipendenza	ha tanta dipendenza
» 117 » 9 Catellacci	Castellacci
» 119 » 4 Brugnone	Brugnon
» 121 » 1 venticinq'anni	venticinqu'anni
» 141 » 28 soppragiunta peritonite	sopraggiunta peritonite
» 145 » 29 Rimini 1772	Firenze 1772.
» 152 » 23 situata vicino	situato vicino
» » » 27 Il compressore del Biagini	Lo strumento del Biagini.
» 162 » 21 Guarini	Gherini
» » » 31 1855 LII	1855 CLII
» 166 » 31 *legatura mediata* e quella	*legatura mediata* quella
» 179 » 19 Ei poteva altresì	Il Prof. Porta poteva altresì

(*) La nota che nella pag. 75 è seconda va in terzo posto, e viceversa l'altra, che è terza.

p. 183	l. 17	associava la cauterizzazione: sperando	associava la cauterizzazione, sperando
» 191	» 20	nervi-nevromi nervosi	nervi, nevromi nervosi
» 192	» 5	Vreneuil	Verneuil
» 196	» 6	Asteles Cooper	Astley Cooper
» 200	» 14	il periostio e l'osso che	il periostio e l'osso, il quale
» 204	» 17	corpo del fumore;	corpo del femore;
» 216	» 20	dalla dissertazione	dalla descrizione
» 241	» 27	*Valsavae*, Tract.	*Valsalvae*, Tract.
» 242	» 6	Ma era quello	Ma era quella
» »	» 11	da preferirvisi	da preferirsi
» 261	» 28	venne veduto	venne creduto
» 262	» 1	con la soppurazione	con la suppurazione
» 264	» 31	perchè riescono efficaci	perchè riescano efficaci
» 268	» 16	si rompino	si rompano
» 279	» 13	se non lo fu,	se delirio non fu,
» »	» 31	le direzioni della colonna vertebrale	le deviazioni della colonna vertebrale
» 288	» 28	Il Dott. Ferdinando Moroni nel Febbraio di quest'anno	Il Dott. Ferdinando Moroni narra che il Prof. Vanzetti nel Febbrajo di quest'anno (1870)
» 289	» 34	Padova 1830.	Pesaro 1830.
» 298	» 7	Veduta poscia	Veduto poscia
» 313	» 7	si buca un osso interamente	si buca un osso internamente
» 322	» 28	delle amputazioni	nelle amputazioni
» 325	» 11	Il Pecchioli nel 1839	Il Pecchioli nel 1837
» 332	» 21	le ferite del cranio per contraccolpo	le fratture del cranio per contraccolpo
» 361	» 16	delle mutazioni di forma e delle conversioni	le mutazioni di forma e le conversioni
» 373	» 16	Biuni	Biundi
» 398	» 35	portando in modo profondamente i punti ne' tessuti,	portando profondamente i punti ne' tessuti, in modo
» 411	» 27	il vaso sia di certa grandezza	il vaso rotto sia di certa grandezza
» 415	» 25	Napoli 1869.	Napoli 1859.
» 416	» 21	seguendone i margini della ferita	seguendo i margini della ferita
» 424	» 22	siccome pure liquidi	siccome pure de' liquidi
» 440	» 9	Pedana	Penada
» 464	» 9	Diagnosi di ernia diaframmatica, cicatrice.	Diagnosi di ernia diaframmatica.
» »	» 12	Abituale e molesta tosse.	Cicatrice. — Abituale e molesta tosse
» 484	» 27	Gaz. med. di Milano A. 1845	Gaz. med. di Milano A. 1844
» 486	» 7	a sopraumano,	a soprammano,
» 501	» 28	*Punzetta*	*Panzetta*
» 528	» 37	Boston. 7867	Boston 1867
» 535	» 16	ingrossamento *lefantiasico*	ingrossamento elefantiasico
» 541	» 31	e perciocchè con semplici espedienti	perciocchè con semplici espedienti

p.	546	l. 19	e calava nella vescica	e calava nella vagina
»	553	» 34	avvivato prima i margini	avvivati prima i margini
»	557	» 27	e quel che dicesi,	a quel che dicesi,
»	560	» 15	l'osservazione dal Caldani	l'osservazione del Caldani
»	569	» 19	Sciballi Michele	Scibelli Michele
»	577	» 37	Goresi Francesco	Foresi Alessandro
»	579	» 24	dovrà essere proposta	dovrà essere posposta
»	621	» 13	Francesco Corradi	Innocenzo Corradi
»	638	» 8	con l'elettricismatura	con l'elettricismo
»	686	» 18	di brevemente scrivere	di brevemente descrivere
»	679	» 22	sul cui pube	su cui